DU

N° 53

SARCOME PRIMITIF DE L'ORBITE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 26 JUILLET 1887

PAR

Eugène PERQUIS

Né à Loudéac (Côtes-du-Nord)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours).	BIMAR.
Thérap. et Mat. méd.(ch. du cours)	MOSSÉ (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	BLAISE.	TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	FORGUE.	

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. KIENER, *président;*
CHALOT, professeur.
FORGUE, agrégé.
TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE

A mon oncle Louis LEBARON

A M. D. A. M. L.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

E. PERQUIS.

A MES MAITRES

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur KIENER

Médecin principal de l'Armée
Chevalier de la Légion d'honneur

E. PERQUIS.

AVANT-PROPOS.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir à l'hôpital des enfants malades, dans le service de M. le docteur de Saint-Germain, un cas de sarcome de l'orbite chez un enfant qui mourut quelques jours après l'opération, et dont l'autopsie nous intéressa vivement par l'existence d'une tumeur intra-crânienne de même nature, communiquant avec la tumeur orbitaire par un pédicule étroit, à travers la fente sphénoïdale. Nous eûmes la curiosité de rechercher si de pareils faits s'étaient souvent rencontrés, mais le petit nombre d'observations de sarcomes orbitaires chez l'enfant, et surtout l'absence de travaux spéciaux sur cette affection dans les Traités de pathologie chirurgicale enfantile, nous engagèrent à recueillir et à grouper les quelques cas épars dans la science, et à les ajouter à celui que nous avons observé, pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous n'abordons pas, on le voit, un sujet nouveau, mais dans ce petit chapitre de pathologie, nous espérons montrer chez l'enfant la physionomie d'une affection, qui emprunte à l'âge du ma-

lade des caractères un peu spéciaux que nous tâcherons de faire ressortir.

Nous laisserons de côté les sarcomes qui ne se sont pas développés primitivement dans l'orbite, c'est-à-dire ceux qui proviennent des cavités voisines: cavité crânienne, sinus frontaux, sinus maxillaire, fosses nasales, ou des tissus voisins : tumeurs des paupières, de la fosse temporale, etc... Dans tous ces cas, l'envahissement de la cavité orbitaire n'est que secondaire, et succède à la destruction des parois de l'orbite par le néoplasme, ou à sa pénétration dans l'orbite par une ouverture naturelle : fente sphénoïdale, sphénomaxillaire, trou optique, trous ethmoïdaux. Il serait oiseux, on le comprend, de confondre dans une même description des sarcomes de provenances si multiples, et donnant lieu, avant de pénétrer dans l'orbite, à des symptômes physiques et fonctionnels très dissemblables.

De même, nous ne nous occuperons pas des sarcomes de l'œil, fréquents chez l'enfant, et dont l'étude a été faite complètement par Giraldès, qui lui a consacré une de ses leçons cliniques. Voulant conserver à l'expression tumeur orbitaire sa véritable signification, nous éliminerons également le sarcome du nerf optique.

Ainsi limité, notre sujet ne comprend que l'étude des sarcomes ayant leur origine dans les parois de la cavité orbi-

taire et dans les parties molles qu'elle renferme, à l'exception de l'œil et du nerf optique.

Nous ne saurions clore cette introduction, sans offrir l'hommage de notre profonde reconnaissance à MM. les Professeurs et Agrégés, pour la bienveillance qu'ils nous ont prodiguée dans le cours de nos examens.

Que M. le professeur Kiener reçoive tout spécialement l'expression de notre vive gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534913_0130

DU

SARCOME PRIMITIF DE L'ORBITE

CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les sarcomes de l'orbite ne sont guère décrits à part et étudiés que depuis le jour où l'anatomie-pathologique a pu les différencier des tumeurs vasculaires et malignes de l'orbite, avec lesquelles ils ont été si longtemps confondus. On trouve, en effet, dans Demarquay, plusieurs observations probantes, dont trois, relatées par Guersant, Quain et Mackenzie, se rapportent à des enfants.

Dans sa thèse inaugurale, Barbot relate trois nouvelles observations dont une personnelle, de sarcomes de l'orbite chez l'enfant. Les observations se multiplient, et la thèse de Dufail contient cinq cas nouveaux, dont deux inédits et trois déjà publiés par Wolfe, Th. Hay et le Professeur Richet.

A ces onze observations, nous en ajouterons trois, la nôtre et deux observations de de Græfe et de Czerny, résumées dans l'article Orbite du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales,* Paris 1881.

Ce sont ces quatorze observations qui serviront de base à notre travail, et nous permettront de constituer l'étude du sarcome primitif de l'orbite chez l'enfant.

ÉTIOLOGIE.

Fréquence. — Les tumeurs malignes (cancers et sarcomes) de l'orbite s'observent beaucoup plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte: tous les auteurs s'accordent sur ce point; mais elles sont rares, d'une façon absolue, même chez l'enfant; aussi ne sera-t-on pas étonné de voir, par les rares observations que nous avons pu recueillir, que le sarcome de l'orbite n'a chez l'enfant qu'une fréquence très relative. Chauvel, dans l'article Orbite du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales,* confirme ce fait quand il dit que le sarcome orbitaire paraît plus rare chez les enfants que les autres tumeurs malignes du reste du corps.

Les considérations étiologiques les plus importantes sont relatives à l'âge, au sexe des malades, et surtout aux causes occasionnelles qui peuvent provoquer directement l'apparition du sarcome de l'orbite.

Age.— Des enfants de tout âge ont été observés, depuis l'âge d'un an jusqu'à treize ans. La plupart avaient de quatre à huit ans.

Sexe.— Le sexe féminin prédisposerait à l'affection, si l'on en croit Duplay et Barbot. Nous notons, au contraire, une légère prédominance du côté du sexe masculin, que nous rencontrons huit fois sur quatorze.

Rien à dire de l'*hérédité*, dont l'influence paraît nulle, ni des antécédents personnels, les enfants étant d'une bonne constitution dans toutes les observations qui parlent des commémoratifs.

Comme *cause occasionnelle*, le traumatisme a une influence incontestable, si l'on s'en rapporte aux observations de Hay (obs. VIII), de Quain (obs. II) et de Dufail (obs. XI). Cependant, la première est suspecte, puisque l'auteur parle d'une chute, qu'au dire de la mère, l'enfant aurait faite six ans auparavant, sur l'arcade sourcilière. Dans cette observation, le rapport de cause à effet nous paraît loin d'être suffisamment établi. Mais il n'en est pas de même chez la malade de Dufail, qui reçut un coup sur l'arcade sourcilière de la part d'un individu qui tomba sur elle dans une attaque d'épilepsie. La douleur ne dura que 24 heures et il n'y eut pas le moindre trouble visuel consécutif; mais trois mois après, les douleurs reparurent, la paupière supérieure se tuméfia et la vision fut sérieusement compromise: c'était le début d'un sarcome de l'orbite. Le malade de Quain avait également reçu un coup sur l'œil trois mois avant le début des accidents.

Si nous paraissons admettre facilement l'influence du traumatisme sur le développement des sarcomes de l'orbite, c'est, qu'en effet, depuis les travaux du professeur Verneuil, on doit tenir grand compte de toutes les violences, véritables épines qui peuvent déterminer l'apparition des tumeurs ma-

lignes chez des enfants évidemment prédisposés, par le même mécanisme qui fait apparaître chez des enfants lymphatiques, scrofuleux ou issus de parents tuberculeux, une tumeur blanche dans une articulation, après une contusion, quelquefois légère, de l'article. Dans le cas où l'on se refuserait à admettre qu'une simple contusion suffise pour faire éclore un néoplasme, on conviendra volontiers que le traumatisme a hâté, dans les deux cas que nous venons de citer, le développement d'un sarcome profond de l'orbite qui n'existait encore qu'à l'état latent.

Quant au coup de fouet donné par un traumatisme à l'évolution des tumeurs malignes, nous en avons la preuve dans l'obs. VII, où l'on vit un sarcome de l'orbite qui avait grossi lentement, prendre un développement rapide après un coup reçu sur l'orbite.

SYMPTOMATOLOGIE.

Début.— Le début de l'affection, indiqué dans la moitié des observations, a toujours été marqué par des symptômes objectifs du côté de l'œil ou de l'orbite. En effet, nous ne voyons mentionnée, nulle part, la période prodromique caractérisée par des douleurs péri-orbitaires ou rétro-oculaires irradiées dans le côté correspondant de la tête, qui annoncerait souvent, d'après les auteurs, le développement des sarcomes de l'orbite. L'affection a débuté tantôt par une déviation du globe de l'œil, tantôt par sa propulsion, tantôt, enfin, par une saillie anormale des paupières ou de leurs commissures.

Dans l'observation IX, la tumeur, développée sur la paroi

inférieure de l'orbite, avait commencé par refouler l'œil en haut, comme s'il se fût agi simplement d'une paralysie des muscles abaisseurs de l'œil.

La propulsion initiale n'a été rencontrée que lorsque la tumeur occupait le fond de l'orbite ou sa paroi interne, ainsi qu'on l'observait chez les malades des observations I et IV. Le peu d'espace qui existe entre cette paroi et le globe oculaire rend compte de cet exorbitisme précoce et du soulèvement tardif des paupières par la tumeur. Au contraire, grâce à l'obliquité de la paroi orbitaire externe et à l'espace laissé libre entre elle et le globe de l'œil, les sarcomes de cette paroi apparaissent rapidement à l'extérieur (observation VII, XI et XII).

Période d'état.— Quel que soit le mode de début, l'affection arrive rapidement à sa période d'état et se caractérise par des symptômes physiques, des troubles fonctionnels et quelquefois par des phénomènes généraux.

1° Symptômes physiques.— Ils diffèrent selon le siège primitif et le degré de développement de la tumeur. Nous venons de voir que l'exorbitisme peut être la seule manifestation de l'existence d'un sarcome profond de l'orbite. Dans d'autres cas, les plus fréquents, la tumeur sarcomateuse siège à côté de l'œil plus ou moins déplacé. Quelquefois, enfin, comme dans les observations X et XIV, les commémoratifs font défaut au sujet du mode de développement du sarcome, et le malade se présente avec une tumeur volumineuse, véritable champignon, dans lequel il est complètement impossible de reconnaître les vestiges du globe de l'œil. Il suit de là qu'on peut établir les trois divisions suivantes dans l'étude des symptômes objectifs de l'affection :

a Il y a seulement de l'exorbitisme;

b Il y a une tumeur avec conservation de l'œil;

c L'œil a disparu et la tumeur occupe toute la cavité orbitaire.

a. Exorbitisme.— Dans les trois cas où il existait, il est dit qu'il atteignait des proportions considérables; chez le malade de l'observation VI, l'œil était même à demi-luxé. Cette propulsion de l'œil ne se fait pas toujours directement en avant, et l'œil peut se porter dans le sens opposé au siège primitif de la tumeur. Symptôme commun à toutes les affections profondes de l'orbite: phlegmon, épanchement de sang, tumeur, l'exorbitisme entraîne, quand il est très accusé, grâce à l'absence de protection de l'œil par les paupières, des modifications du côté de la cornée qui altèrent rapidement la vision et finissent par aboutir à la fonte complète de l'organe. Nous n'insisterons pas davantage sur ce symptôme banal et nous étudierons successivement les caractères de la tumeur et l'état du globe de l'œil.

b. Caractères de la tumeur.— La tumeur, presque toujours cachée derrière les paupières, les repousse soit directement en avant, quand il s'agit de la paupière supérieure, soit en avant et en bas quand il s'agit de l'inférieure, jusqu'au point d'amener le renversement de la paupière inférieure et un véritable ectropion, comme chez le malade de l'observation IX,«dont le bord palpébral inférieur était, pour ainsi dire, couché sur l'os de la pommette.» Les paupières, souvent augmentées de volume, œdématiées, présentent quelquefois un abondant réseau veineux sous-cutané ou une coloration d'un rouge-vineux; dans d'autres cas, la coloration de la peau est normale.

Le *ptosis*, symptôme qu'on rencontre assez souvent dans

les tumeurs de la paroi supérieure de l'orbite, n'existait qu'une fois sur 7 cas de sarcome de cette paroi.

Si l'on entr'ouvre les paupières en les renversant légèrement en dehors, on arrive souvent à apercevoir la tumeur qui soulève les culs-de-sac conjonctivaux plus ou moins altérés, œdématiés et vascularisés. Tantôt lisse, tantôt bosselée, généralement arrondie, elle a une coloration très variable qui va du jaune-grisâtre au rouge le plus foncé. Mackensie a même décrit sous le nom de chloroma (obs. III) une tumeur dont la coloration était verdâtre.

Son volume, souvent considérable, égale en moyenne celui d'une noix. Des battements ont été signalés dans certains sarcomes vasculaires de l'orbite; ils faisaient défaut dans toutes nos observations.

Palpation. — Si l'on presse sur la tumeur, on reconnaît qu'elle a une consistance variable, tantôt d'une dureté presque fibreuse, plus souvent élastique, quelquefois, enfin, molle et fluctuante (observation IX). La palpation permet également de constater l'absence d'adhérences de la tumeur aux paupières et sa mobilité sur le globe de l'œil et les parois de l'orbite. De plus, le doigt introduit entre l'œil et le rebord orbitaire s'engage dans le sillon orbito-palpébral, et peut quelquefois suivre assez profondément la tumeur pour en déterminer les limites d'une façon approximative. Chez la malade de l'observation XI, il fut en effet possible de reconnaître que la tumeur offrait deux prolongements partant de l'angle supéro interne de l'orbite, l'un se dirigeant vers la glande lacrymale, l'autre vers l'angle inféro-interne de l'orbite, et paraissant s'appliquer solidement contre les parois osseuses.

La réductibilité de la tumeur, qu'on ne rencontre que

dans les sarcomes animés de battements, manquait chez tous nos malades.

c. Etat de l'œil. — Refoulé du côté opposé à celui où siège la tumeur, l'œil est parfois porté presque tout entier sous le rebord orbitaire supérieur, dans les sarcomes de la paroi inférieure de l'orbite, et ne peut être aperçu qu'en soulevant fortement la paupière supérieure.

Aspect. — L'intégrité du globe de l'œil est en général, en raison inverse du développement de la tumeur: opacité de la cornée, déformation de l'œil aplati suivant ses divers axes, disparition presque complète de l'œil envahi par contiguité et englobé dans le néoplasme, telles sont les modifications qui peuvent survenir dans le globe oculaire. Il est cependant des sarcomes volumineux qui n'altèrent que très peu la forme et la consistance de l'œil et qui restent indépendants de l'organe, dont les fonctions sont en grande partie conservées.

Examen ophthalmoscopique. — Quand il est possible, ce qui est assez rare à une période avancée de la maladie, il montre les lésions papillaires communes à toutes les tumeurs profondes de l'orbite et dues à la compression du nerf optique ou des vaisseaux de l'œil: œdème péripapillaire, inflammation et atrophie consécutive de la papille. Voici le résultat de l'examen ophthalmoscopique pratiqué chez la malade de l'observation XI par M. de Wecker : «La pupille, assez dilatée, se contracte sous l'influence de la lumière. La papille a l'aspect d'un champignon d'un gris-rosé, sale, avec une coloration rougeâtre au centre. Le bord papillaire est mal limité et voilé. La papille fait une saillie d'un demi-millimètre à peu près. La partie voisine de la rétine, infiltrée et épaissie, a

perdu sa transparence ; elle tend à se confondre avec le tissu papillaire par sa coloration. Le trouble rétinien s'étend à deux ou trois millimètres autour de la papille. Le reste de la rétine est parfaitement transparent ; il y a seulement de la papillite. Les vaisseaux rétiniens, en arrivant à la papille, se perdent parfois pour reparaître par place, plus ou moins recouverts d'exsudats fibrineux. Pas d'hémorrhagie appréciable ; il n'y a que quelques stries rougeâtres. L'examen fait à l'image droite montre quelques arborisations qui se dessinent très bien en quelques endroits. Lorsque les vaisseaux centraux quittent cette zone, ils sont suivis, dans une courte étendue, d'un voile qui disparaît aussitôt. »

Lorsque la tumeur a acquis un grand développement, comme chez notre malade (observation XIV) et celui de l'observation X, elle occupe à elle seule toute la cavité orbitaire. On la voit alors faire hernie à travers la fente palpébrale, agrandie sous la forme d'un champignon rougeâtre, lisse ou bosselé, du volume d'une mandarine, d'une orange, du poing d'un enfant, recouvert à moitié par la paupière supérieure œdématiée et soulevée, renversant en bas la paupière inférieure, saignant facilement au moindre contact des pièces de pansement et laissant suinter un ichor d'odeur fétide dont l'écoulement sur la joue y provoque de l'érythème, comme chez notre malade.

2° Symptômes fonctionnels.— a. Douleurs. — Très variables comme fréquence et surtout comme intensité, elles peuvent manquer complètement ; chez le malade de l'observation IV, la tumeur avait acquis en peu de temps des proportions considérables, sans déterminer de douleur. Dans l'observation I, au contraire, l'affection, qui ne datait que de deux mois, s'accompagnait de très vives douleurs au fond de

l'orbite. Enfin, le malade de l'observation VIII, qui avait été opéré deux fois d'une tumeur datant d'un an, n'avait ressenti jusqu'à la deuxième opération que des douleurs modérées, qui prirent peu à peu et de jour en jour une acuité plus grande pour devenir très vives trois mois après la deuxième opération.

b. Troubles visuels. — Ils sont de deux ordres et tiennent soit au déplacement du globe de l'œil, soit à la compression du nerf optique ou des vaisseaux de l'œil par la tumeur, si l'œil est seulement déplacé sans être comprimé, les mouvements de l'œil étant très limités, sinon tout à fait abolis (observation VI) ; il en résulte une perte complète de la vision dans tous les sens, excepté dans l'axe de l'œil, ainsi fixé et immobilisé ; le malade de l'observation VII, dont l'œil gauche était porté en haut et en dedans de l'orbite, ne pouvait compter que les doigts et les objets placés à sa droite.

Outre les troubles visuels dus à l'altération de la cornée qui succède à l'exophthalmie, des troubles de la vision centrale, allant de l'amblyopie à l'amaurose la plus complète, ne tardent pas à apparaître dans les sarcomes profonds de l'orbite. Un fait remarquable et noté dans plusieurs observations, c'est la rapidité de la perte absolue de la vision, du côté correspondant à la tumeur, chez des malades dont la vue était presque intacte quelques mois (deux mois dans l'observation I) et même quelques jours auparavant. Chez le malade de l'observation XI, la vision était profondément atteinte trois jours après le début de la maladie. En dix jours, celui de l'observation VII, qui pouvait compter les doigts et les objets, eut la vision complètement abolie du côté malade. La compression subite du nerf optique ou des vaisseaux de l'œil, résultant du développement rapide d'une tumeur orbi-

taire profonde, rend compte de la brusquerie d'apparition de ce symptôme.

Les troubles de sécrétion n'ont été notés que dans l'observation XI, où il existait du larmoiement.

3° Symptômes généraux.— Ils peuvent manquer complètement, et l'on a vu des sarcomes volumineux ne pas altérer la santé des petits malades qui, comme celui de l'observation VI, mangent et dorment bien et n'ont rien perdu de leur gaieté naturelle. La rareté de la cachexie, dans l'évolution des tumeurs malignes des enfants, est un fait déjà signalé par M. de Saint-Germain.

Quelquefois, au contraire, l'état général s'altère dès le début; aussi, trois mois après le début de l'affection, le malade de l'observation VII avait le teint jaune et cachectique. Mais, presque toujours, l'état général ne devient franchement mauvais qu'après une ou plusieurs récidives.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

La marche de l'affection a toujours été très rapide dans toutes les observations où le début des accidents a été noté. Chez tous ces malades, la tumeur datait à peine de quelques mois, sept mois au maximum, trois mois en moyenne. Mais une fois arrivée à un certain développement, la tumeur acquiert une marche encore plus rapide, et en quelques jours, comme nous l'avons vu, l'augmentation de volume est considérable, entraînant avec elle la perte plus ou moins complète de la vision. Chez la malade de l'observation XI, l'affec-

tion a suivi une marche extrêmement rapide, qu'on pourrait presque qualifier de foudroyante. Après une contusion de l'orbite datant de trois mois, la malade s'aperçoit tout à coup d'un gonflement de la paupière supérieure. Le surlendemain, le gonflement devient encore plus manifeste, la vision est profondément atteinte, des douleurs se font sentir dans l'orbite. A ce moment, une tumeur assez volumineuse soulevait la paupière supérieure et refoulait le globe de l'œil en sens opposé. Deux jours après, la tumeur avait sensiblement augmenté de volume. Cette marche insolite de la tumeur força M. Berger à l'extirper immédiatement. Quatre mois après l'opération, il n'y avait pas encore menace de récidive.

La rapidité extrême de la marche dans quelques cas de tumeurs malignes, cancers, sarcomes chez les enfants, a été signalée depuis 1881, par M. de Saint-Germain qui, dans une clinique, attirait déjà à cette époque l'attention des observateurs sur ce point. Il a vu des tumeurs malignes apparaître et former de véritables champignons en 8 jours.

En regard de cette rapidité d'évolution, il convient de citer cette particularité remarquable signalée par Mackenzie chez sa malade; la régression d'une tumeur située sur la voûte orbitaire, qui avait acquis un tel volume, que l'œil ne pouvait plus être découvert et qui diminua au point de rendre à la paupière sa liberté d'action. Chez la même malade, une tumeur beaucoup plus grosse qu'un œuf de pigeon, qui s'était formée au niveau de l'apophyse mastoïde, avait presque complètement disparu au moment de la mort. Cette régression des tumeurs malignes a été également observée quelquefois par M. de Saint-Germain, alors même qu'il s'agissait d'une récidive et sans qu'un traitement nouveau eût été employé.

Arrivé à une période avancée de son développement, le

sarcome orbitaire ulcère fréquemment chez l'adulte la peau des paupières ou des commissures, à travers laquelle il sort sous la forme de végétation bourgeonnante; mais nos observations nous montrent l'intégrité de ces voiles membraneux chez l'enfant, même dans les cas de tumeurs énormes. Celles-ci font hernie entre les paupières, mais ne les ulcèrent ni ne les perforent jamais.

A ce moment, également, survient l'engorgement des ganglions cervicaux. Bien qu'il ait fait défaut dans les trois observations où il est mentionné, ce symptôme bizarre mérite d'être recherché, car il peut passer facilement inaperçu. Voici, en effet, ce qu'en dit Chauvel, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*: «C'est à tort, croyons-nous, que les auteurs signalent la rareté de l'adénopathie cervicale dans le cours des sarcomes de l'orbite. Aussitôt que le néoplasme arrive au dehors et s'ulcère, aussitôt on voit s'indurer et grossir les glandes lymphatiques. Les recherches récentes (Roze-Schœffer) ont, au reste, prouvé une fois de plus que les ganglions, déjà envahis par les cellules sarcomateuses, peuvent conserver leur volume ordinaire. Et ces glandes sont si profondément placées, que la palpation ne permet pas de les constater au début de leur gonflement.» Ne pourrait-on pas expliquer l'absence d'adénopathie chez l'enfant par l'intégrité des paupières toujours respectées par la tumeur?

Il est difficile de se faire une idée exacte de la durée et de la terminaison naturelle des sarcomes de l'orbite chez l'enfant, la date du début de l'affection n'ayant pas été notée dans le seul cas où la tumeur a évolué sans être opérée (observation III). Cependant, la malade mourut trois mois après le jour où elle fut observée par Mackenzie. Tous les auteurs s'accordent à dire que le sarcome orbitaire amène rapidement la mort, à la suite des troubles cérébraux résul-

tant de sa propagation à l'intérieur du crâne, ou plus rarement par les progrès de la cachexie. La malade de Mackenzie mourut dans l'affaissement. Nous verrons, au chapitre du pronostic, quelle a été la durée moyenne de la vie après l'opération.

DIAGNOSTIC.

Il doit être fait aux deux périodes de la maladie, c'est-à-dire avant et après l'apparition de la tumeur à l'extérieur.

Nous avons vu, en effet, que le premier symptôme était quelquefois la saillie de l'œil en avant. Mais l'exorbitisme ne peut donner que des présomptions sur l'existence d'une tumeur profonde de l'orbite, s'il n'existe pas de phénomènes inflammatoires indiquant un phlegmon profond de l'orbite, et si la propulsion de l'œil n'a pas été subite comme dans certains épanchements sanguins traumatiques rétro-oculaires. Peut-être l'altération précoce de l'état général pourrait-elle, dans quelques cas rares, faire songer à l'existence d'une tumeur maligne du fond de l'orbite. Signalons l'exophthalmie de la maladie de Basedow, facilement reconnaissable à sa triade symptomatique.

Le refoulement en haut ou en bas, en dedans ou en dehors du globe de l'œil, peut simuler une paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil, mais il existe si exceptionnellement isolé, sans s'accompagner d'une tumeur, que la confusion, presque inévitable en pareil cas, ne peut être que de courte durée.

Quand la tumeur apparaît à l'extérieur à travers les culs-de-sac conjonctivaux qu'elle soulève, le diagnostic doit se

baser sur l'aspect et surtout la consistance de la production morbide. L'absence de consistance osseuse fait tout de suite abandonner l'idée de tumeurs constituées par du tissu osseux (périostose, exostose), et, d'autre part, l'absence de battements, de souffle et de réductibilité, ne permet pas de penser aux tumeurs pulsatiles, anévrismes ou tumeurs malignes. Restent donc les tumeurs à consistance élastique molle, voire même fluctuante, non pulsatiles et irréductibles.

Si la tumeur est fluctuante, comme dans l'observation IX, relatée par le professeur Richet, le diagnostic peut offrir d'assez grandes difficultés. Cependant, une tumeur vasculaire non pulsatile et non réductible, comme l'angiome simple, sera facilement reconnue par son point de départ palpébral et l'augmentation de son volume pendant les efforts. De même, le développement initial de la tumeur sur les paupières fait également reconnaître certains kystes sébacés des glandes sudoripares. La congénialité de certains kystes, et leur siège aux angles interne ou externe de l'orbite, les fait également rejeter. Il en est de même des encéphalocèles, tumeurs congénitales de l'angle interne de l'orbite, le plus souvent bilatérales, et s'accompagnant d'autres déformations des os du crâne.

S'agit-il, au contraire, de distinguer d'un sarcome fluctuant un hygroma des bourses séreuses qui entourent les muscles de l'œil, une hydropisie de la capsule de Ténon, un kyste séreux ou hydatique ? Le diagnostic devient plus difficile et le doute est permis, surtout lorsque la consistance de la tumeur est partout la même. La rapidité d'évolution et l'acuité des douleurs sont ici les seuls indices d'une tumeur maligne. Mais, en pareil cas, la fonction exploratrice est indiquée. Ce moyen d'exploration fut employé par le professeur Richet, qui vit s'écouler un liquide transparent et ténu, comme celui des kystes hydatiques. Ordinairement, la dis-

parition de la tumeur après la ponction et la persistance de la guérison montrent la bénignité de la tumeur, dont la nature est souvent reconnue par l'examen microscopique du liquide retiré.

Mais si la tumeur ne disparaît pas complètement à la suite de la ponction capillaire, il ne reste que deux hypothèses : ou bien, la ponction n'a vidé qu'une poche d'une tumeur multiloculaire dont la rareté est excessive, ou bien le kyste vidé s'est développé dans l'épaisseur d'une tumeur solide. Or, les tumeurs solides de l'orbite qui contiennent des kystes sont toujours malignes. D'autre part, l'extrême rareté du cancer kystique de l'orbite conduit naturellement au diagnostic de sarcome.

Lorsque la consistance de la tumeur est seulement molle, sans être fluctuante, elle ne peut faire songer qu'à un lipome, à un cancer encéphaloïde ou à un sarcome. Or, le lipome est une tumeur très rare dans l'orbite, indolente et se développant très lentement sans altérer la santé. Le carcinome encéphaloïde se caractériserait par de douleurs plus vives, une marche plus rapide que le sarcome, l'ulcération précoce de la peau qui recouvre la tumeur, la fréquence de l'adénopathie cervicale et de la généralisation secondaire du néoplasme. Mais il est si rare, qu'il ne faut guère songer à lui quand on se trouve en présence d'une tumeur maligne de l'orbite chez un enfant.

La consistance élastique, presque fibreuse de certains sarcomes, pourrait faire croire à un fibrome, à un enchondrome ou à un squirrhe. Mais l'indolence, la lenteur du développement du fibrome et, plus encore, son extrême rareté, le différencient suffisamment du sarcome. Ces caractères s'appliquent également à l'enchondrome, qui possède en outre une consistance cartilagineuse spéciale. Enfin, le squirrhe de

l'orbite est une véritable curiosité pathologique, et n'offre aucun intérêt au point de vue du diagnostic.

En somme, le diagnostic du sarcome de l'orbite chez l'enfant ne présente pas, en général, de grandes difficultés. D'une part, en effet, les tumeurs bénignes de l'orbite offrent des caractères très différents des tumeurs malignes ; d'autre part, on a si rarement l'occasion d'observer des cancers de l'orbite chez l'enfant, que l'on peut qualifier de sarcome, sans grande chance de se tromper, toute tumeur maligne de l'orbite observée chez un enfant.

La nature sarcomateuse de la tumeur une fois reconnue, il faut déterminer un point de diagnostic, dont l'importance pronostique et thérapeutique est capitale : la tumeur prend-elle naissance dans l'orbite ou bien n'y a-t-elle pénétré que secondairement, après s'être développée primitivement dans les cavités qui avoisinent l'orbite : fosses nasales, sinus maxillaire, cavité crânienne ?

Pour les tumeurs nées dans les fosses nasales ou le sinus maxillaire, les commémoratifs et surtout l'exploration attentive de ces cavités montreront si elles sont libres ou si elles renferment une tumeur de même nature que celles de l'orbite.

Relativement aux tumeurs nées dans la cavité crânienne, les troubles cérébraux devraient théoriquement indiquer leur existence, mais dans tous les cas où l'autopsie a montré l'existence d'une tumeur dans le crâne, après l'extirpation d'une tumeur orbitaire, on n'avait jamais constaté de désordres cérébraux antérieurs, concomitants ou postérieurs à l'apparition de la tumeur de l'orbite. Cette fréquente impossibilité de diagnostiquer les tumeurs intra-crâniennes qui viennent faire secondairement saillie dans l'orbite est reconnue par tous les auteurs. « En dehors de quelques faits exceptionnels, dit Chauvel *(loco citato)*, la marche de ces tumeurs

intra-crâniennes est tellement lente, sourde, latente, que les phénomènes orbitaires en sont d'ordinaire le premier symptôme apparent. Dans le cas où des accidents cérébraux éclatent dès le début, le diagnostic n'a rien de difficile. Dans les cas opposés, l'erreur est fréquente, et nous avons vu les hommes les plus distingués et les praticiens les plus éminents, Dupuytren, Delpech, de Græfe, extirper des tumeurs de l'orbite, sans soupçonner leurs relations avec les centres nerveux autrement que par les accidents consécutifs à l'opération.»

Quant à l'envahissement consécutif des fosses nasales et du sinus maxillaire par une tumeur de l'orbite, l'examen physique de ces cavités le fait facilement reconnaître.

Le point de départ orbitaire du sarcome étant déterminé, il reste à savoir s'il s'est développé aux dépens de l'œil, du nerf optique, du tissu cellulo-graisseux rétro-oculaire, de la glande lacrymale ou du périoste qui tapissent les parois de l'orbite.

Les sarcomes de l'œil doivent être soigneusement distingués des sarcomes de l'orbite, à cause de leur fréquence chez l'enfant. Ce diagnostic est, en général, facile, les altérations du globe de l'œil étant précoces et visibles dès le début de l'affection. Mais lorsque le malade se présente avec une tumeur d'apparence sarcomateuse qui occupe l'orbite tout entier, comment reconnaître si l'œil a été englobé par la tumeur ou s'il a été primitivement le siège du mal? En l'absence de commémoratifs, comme cela a eu lieu pour notre malade (observ. XIV), ce diagnostic est impossible et ne peut être fait que par l'examen attentif de la tumeur enlevée. Il est même des cas dans lesquels le globe de l'œil ayant totalement disparu au sein du tissu morbide, le diagnostic rétrospectif ne peut être fait que par la constatation d'un pédicule périostique qui montre le point d'origine de la tumeur.

Mêmes réflexions pour les tumeurs du nerf optique que la lenteur de leur marche peut cependant faire reconnaître dans la plupart des cas. Le point de départ dans la glande lacrymale n'a jamais été nettement démontré par l'examen des pièces anatomiques, à plus forte raison ne peut-il l'être par la clinique. Quant à savoir si la tumeur provient du tissu cellulo-graisseux ou du périoste, c'est là une pure satisfaction de l'esprit qui n'a pas la moindre importance clinique et ne change rien au pronostic et aux indications thérapeutiques. Disons cependant que l'origine périostique de la tumeur est de beaucoup la plus fréquente, contrairement à l'opinion de Virchow.

PRONOSTIC.

La gravité du pronostic est démontrée par les suites quelquefois mortelles de l'opération et surtout par les récidives si fréquentes de la tumeur. Sur les 13 malades qui ont été opérés, un seul a été revu quatre mois après sans qu'il y eût menace de récidive. Parmi les 12 autres, 3 ont été perdus de vue immédiatement ou quelques jours après l'opération; 2 sont morts quelques jours après avoir été opérés. Chez les 7 malades restant, la tumeur récidiva et la mort survint à la suite d'une ou plusieurs récidives toujours rapides. Le malade de l'observation XII subit quatre opérations en 8 mois et mourut avant que la plaie résultant de la dernière opération fût complètement cicatrisée. Chez une malade de 12 ans (observ. V), il y eut cinq récidives rapides; peu de temps après la dernière opération, la tumeur était encore revenue, mais la malade retourna dans son pays et fut perdue de vue.

En somme, à part les trois malades qu'on ne revit pas après l'opération, chez tous les autres la récidive a amené la mort quelques mois après la dernière opération. Le maximum de la survie a été de 10 mois (observ. II).

Le mécanisme de la mort a été variable. Des deux malades qui ont succombé après la première opération, celui de l'observation XIII mourut le 10^{me} jour avec des symptômes d'encéphalo-méningite suppurée. Le nôtre (observ. XIV) succombe le 12^{me} jour presque subitement dans le coma. A l'autopsie, il n'y avait pas trace de méningo-encéphalite. Parmi les malades atteints de récidives dont les causes de la mort sont indiquées, celui de l'observation VII présenta avant la mort des symptômes cérébraux évidents ; trois autres moururent dans le marasme. Chose curieuse, chez ces trois malades, comme chez le nôtre, il existait un prolongement intra-crânien de la tumeur. De plus, chez l'un d'eux (observ. VI), le néoplasme avait envahi les parties voisines de l'orbite et s'était même généralisé dans les plèvres, les poumons et le rein gauche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Macroscopie. — Unilatérale dans 13 observations, la tumeur ne s'est développée qu'une fois dans les deux orbites. Elle siègeait sept fois dans l'orbite gauche, et quatre fois dans la droite ; dans deux cas, le côté n'est pas indiqué.

La tumeur a pris naissance sur toutes les parois de l'orbite et quelquefois dans le fond. L'origine périostique a été reconnue dans la plupart des cas ; elle était manifeste dans la nôtre (observation XIV) où nous avons eu une certaine

peine à détacher le pédicule de la tumeur qui se continuait avec le périoste voisin ; cette implantation se faisait le plus souvent par une large base.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères objectifs de ces tumeurs, caractères que nous avons suffisamment indiqués dans la symptomatologie. Qu'il nous suffise de signaler l'aspect et la consistance variables à la coupe suivant la prédominance de l'élément fibreux dans la structure de la tumeur.

Que deviennent les organes contenus dans l'orbite ? Ils sont quelquefois respectés par la tumeur, ainsi que le montre l'observation III, où les globes oculaires, les nerfs et les muscles étaient intacts au milieu d'une matière verdâtre qui remplissait le reste de l'orbite. Mais le plus souvent, ils finissent par être englobés et confondus dans la tumeur, et ce n'est qu'à la coupe qu'on peut reconnaître quelques vestiges du contenu de l'orbite. Les organes qui résistent le plus à cet envahissement sont l'œil, le nerf optique et la glande lacrymale. A l'autopsie de notre malade (observation XIV), une coupe de la tumeur nous montre l'œil englobé dans la tumeur, mais séparé d'elle par une enveloppe assez épaisse constituée par la sclérotique. Le contenu de l'œil avait une coloration gris-noirâtre, et la consistance de la bouillie. Il était possible également de suivre le nerf optique qui adhérait intimément au tissu néoplasique.

Les altérations de la glande lacrymale ont été signalées dans deux observations: celle de Mackenzie (obs. III), où elle était complètement transformée en tissu verdâtre, et celle de Czerny (obs. XII), où elle était comprise dans le prolongement postérieur de la tumeur. Dans les deux cas, il est impossible de dire si elle a été le point de départ du sarcome.

Toutes les tumeurs des malades dont on a fait l'autopsie

avaient récidivé et n'ont été trouvées qu'une seule fois limitées à l'orbite; elles envoyaient le plus souvent un prolongement soit dans la cavité crânienne où elles pénétraient par la fente sphénoïdale (observations IV et XIV), ou par le tissu frontal (observation II), soit dans la fosse nasale correspondante (observation I).

Elles peuvent même envahir simultanément toutes les cavités voisines, ainsi que le montre l'observation VI.

La tumeur mesurait 10 centimètres de long sur 8 de large, et s'étendait au milieu du front jusqu'à l'angle de la mâchoire, détruisant en grande partie les parties molles de la joue droite, et fermant complètement la narine correspondante, envoyant des prolongements dans le tissu maxillaire, la fosse nasale et la fosse cérébrale moyenne, après avoir perforé la portion de la paroi externe de l'orbite constituée par la sphénoïde.

Outre cette propagation de voisinage, les sarcomes orbitaires donnent souvent lieu à des tumeurs secondaires de même nature en des points tantôt rapprochés comme la dure-mère, le cerveau, l'aponévrose temporale, tantôt très éloignés, comme les poumons, la plèvre et les reins.

Microscopie. — L'examen histologique de la tumeur a été mentionné 11 fois sur 14. Toutes les variations de sarcome sont à peu près représentées; la plus fréquente est le sarcome fasciculé ou fibro-plastique (4 cas); vient ensuite le sarcome névroglique ou gliome (3 cas), puis le myxo-sarcome (2 cas) et enfin le sarcome encéphaloïde (1 cas) et le sarcome plexiforme (1 cas): on n'a jamais rencontré de mélanome. Quant à l'observation que Mackenzie intitule chloroma, elle a probablement trait à une variété de sarcome fasciculé. Ces modifications de structure n'ont paru avoir aucun rapport avec l'évolution clinique plus ou moins rapide et le plus ou

moins de tendance de la tumeur à l'infection secondaire et à la généralisation. Une particularité intéressante à signaler, c'est, dans l'observation IV, la structure différente de la tumeur orbitaire et de son prolongement intra-crânien ; la première était un myxo-sarcome et la seconde un fibro-sarcome. Dans l'observation XII, la structure de quatre tumeurs récidivées et enlevées à quelques mois de distance était également différente.

TRAITEMENT.

Nous ne nous arrêterons pas sur les moyens médicaux qui n'ont sur l'affection qu'un effet palliatif. Les onctions de pommade belladonée autour des tempes, les injections sous-cutanées de morphine calment les douleurs orbitaires. Si la tumeur fait au dehors une saillie volumineuse, la propreté des pansements est indispensable. Comme résolutif, on devra tenter au début l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, mais quand le diagnostic est établi, l'hésitation n'est plus possible et l'opération si impose.

Faut-il toujours opérer ? Le sarcome secondaire de l'orbite et le sarcome primitif qui a envahi les cavités voisines sont souvent au-dessus des ressources de la chirurgie. L'étendue des délabrements et la récidive presque fatale, imposent au chirurgien les plus grandes réserves. On n'enlèvera que les sarcomes dont on jugera l'extirpation complète possible. Aussi devra-t-on s'assurer avec soin du degré d'envahissement des fosses nasales, du sinus maxillaire et de la cavité crânienne. L'exploration des deux premières cavités est facile. Quant aux tumeurs intra-crâniennes, des troubles cérébraux

pourraient annoncer leur présence, mais le fait est rare et dans le doute mieux vaut opérer que s'abstenir.

Si l'œil n'est pas détruit, faut-il tenter de le conserver ? Oui, s'il ne paraît pas trop altéré, si la vision n'est pas complètement abolie. Mais le plus souvent pendant l'opération, le chirurgien s'apercevant que l'œil est envahi plus qu'il ne le supposait, est obligé de recourir à son extirpation (cas de Richet, observation IX). Faut-il ajouter que la perte complète de la vision commande l'extirpation d'un œil désormais inutile ?

Comment procéder? L'ablation de ces tumeurs n'offrant rien de particulier chez les enfants, nous serons bref sur le manuel opératoire qu'on trouve décrit dans tous les traités des maladies des yeux et de l'orbite. Ne pas intéresser le globe de l'œil, ainsi que le nerf optique dans les cas où la vision persiste, tel doit être l'objectif du chirurgien qui, pour cela, est souvent obligé de se faire du jour en débridant la commissure externe des paupières. L'ablation de la tumeur terminée, cette commissure peut être réunie par première intention. Signalons une particularité curieuse qu'a présentée le malade de l'observation VII : la vision qui était complètement abolie, est revenue après l'ablation de la tumeur.

Quand l'œil a disparu, l'opération est réglée, puisqu'on n'a plus à tenir compte pour aborder la tumeur, de la situation de l'œil par rapport à elle. Il faut glisser des ciseaux profondément, et aller couper aussi loin que possible le pédicule de la tumeur. Quel côté faut-il choisir de préférence ? Dupuytren choisissait la paroi supérieure de l'orbite, Chauvel conseille la paroi interne et Tillaux la paroi externe. Le lieu d'élection de Dupuytren couvre de sang le champ opératoire, et peut entraîner chez les enfants une méningo-encéphalite de voisinage. La paroi externe, par son obliquité et son écartement du globe de l'œil, donne plus d'aisance au

chirurgien. On se mettra à l'abri de l'hémorrhagie en appliquant sur le pédicule une pince hémostatique pendant 24 heures. Quelquefois même un simple tamponnement à la gaze iodoformée suffira.

La fréquence des récidives engage à enlever le tissu morbide le plus largement possible, à nettoyer et à vider l'orbite dans la majorité des cas. Quelquefois cela ne suffit pas, et une malade, opérée par Trélat d'une quatrième récidive, vit la tumeur se reproduire quelques mois après, malgré l'ablation complète des parties molles de l'orbite. Le périoste sera donc enlevé pour peu qu'il contracte quelque adhérence avec le tissu morbide. On le détachera avec la gouge et le maillet (Chauvel), la rugine (Berger), la cuillère tranchante (de Saint-Germain). Berger cautérise même volontiers la surface osseuse dénudée avec la pâte de Canquoin : « Je ne voudrais pas cependant, dit-il, recommander cette pratique pour tous les cas, et surtout chez les jeunes enfants, en raison de la ténuité des lames osseuses qui constituent la voûte de l'orbite chez eux et du peu de développement des sinus maxillaires, mais je n'hésiterais pas à y avoir recours si le périoste de l'orbite me paraissait avoir été envahi par le néoplasme, ou même s'il adhérait intimément à la tumeur. »

Le pansement sera fait avec des tampons de charpie, ou mieux de gaze iodoformée et renouvelé très souvent, au moins tous les jours. La cavité bourgeonne et finit par se combler, mais elle se couvre trop souvent de bourgeons suspects, qui ne tardent pas à constituer une nouvelle tumeur et à nécessiter une nouvelle opération.

CHAPITRE II.

Observation 1.

Tumeur fibro-plastique de l'orbite.

Dans la séance du 4 septembre 1853, Guersant présente à l'examen de la Société de chirurgie, un enfant âgé de 11 ans, atteint d'exophthalmie de l'œil gauche à un degré considérable. Le mal n'est pas ancien, son début remonte à peine à deux mois. L'œil a été rapidement poussé hors de l'orbite ; la vision, troublée d'abord, est aujourd'hui complètement abolie de ce côté. La cavité orbitaire est le siège de très vives douleurs ; c'est de dedans en dehors que le globe oculaire s'est déplacé. La tumeur, dont la présence a produit cette déviation, semble donc s'être développée au côté interne de l'orbite ; il est même probable qu'elle a perforé la portion orbitaire de l'ethmoïde, et qu'elle a envoyé un prolongement dans la narine correspondante. Celle-ci, en effet, paraît remplie par un tissu mou, rougeâtre, qui ne peut être qu'une émanation de la tumeur orbitaire.

Pour Guersant, c'était une tumeur fongueuse ; pour Robert, une tumeur fibro-plastique.

Dans la séance suivante, Guersant annonçait à la Société qu'il avait opéré le malade et mettait sous ses yeux la pièce anatomique ; la tumeur avait eu pour point original le périoste ; le tissu qui la composait était analogue d'aspect et de consistance à celui qui venait d'être décrit sous le nom de tissu fibro-plastique.

Observation II.

Tumeur orbitaire accompagnée de tumeurs semblables au côté opposé de la tête, sur la dure-mère et la plèvre costale.

(*Quain. Médical Times*, 1854, N° 204).

Cette tumeur a été enlevée sur un enfant de 6 ans, entré le 29 novembre 1853 à *University College Hospital.* Trois mois avant, il avait reçu un coup sur l'œil gauche, dont la vision n'était altérée que depuis trois jours.

A son entrée à l'hôpital, le globe de l'œil était très saillant et formait une masse hémisphérique; la conjonctive et la cornée étaient toutes deux opaques. On fit l'ablation de la tumeur le 3 décembre; elle avait le volume d'une noix, la forme sphéroïdale; elle était ferme dans sa texture, lobulée, très peu vasculaire et d'une couleur gris-jaunâtre. Une section de la tumeur présenta un aspect lisse et homogène, sauf à la partie centrale, qui était blanche et peu fibreuse.

Examinée au microscope, on lui trouva une texture fibrillaire, un peu de tissu cellulaire, un certain nombre de noyaux avec des amas de nucléoles. Ces noyaux étaient de formes diverses.

La tumeur se reproduisit bientôt dans l'orbite, et fut de nouveau enlevée. Elle reparut encore, en même temps qu'une autre se formait sur la tempe droite, et recouvrait les pariétaux et les temporaux et une partie du frontal. Avant la mort du malade, la tumeur mesurait sept pouces de hauteur et un pouce trois quarts de largeur; elle était ronde et lobulée; à la partie postérieure, la peau qui la recouvrait était tuberculeuse; elle saigna une fois, mais ne présenta

aucune tendance à s'ulcérer. L'enfant mourut à la fin du mois d'octobre dernier, deux ans après le commencement de la maladie.

Après la mort, les tumeurs secondaires furent examinées, et on leur trouva des caractères microscopiques semblables à la tumeur principale. La tumeur paraissait faire corps très intimément avec le périoste, et elle occupait les sinus frontaux aussi bien que le milieu de la faux du cerveau attachée à la dure-mère. On trouva une portion de la même substance, longue de trois pouces, sur la plèvre costale du côté droit.

Les points les plus importants de cette communication sont la reproduction des tumeurs, l'absence de cellules, dites cellules de cancer, la tendance à l'infiltration et la formation de tumeurs secondaires dans d'autres parties.

Observation III.

Chloroma de l'orbite.

(Mackenzie, Traité des maladies de l'œil et de ses annexes).

Le Dr King (de Glascow) a observé, en juillet 1849, un cas de chloroma sur une petite fille de six ans et sept mois. Les tumeurs occupaient les deux tempes, la voûte et la région sourcilière de chaque orbite, la partie supérieure du front et le vertex. Une particularité remarquable, c'est que les tumeurs augmentaient de volume et s'affaissaient alternativement. Ainsi, celle de la voûte orbitaire droite acquit un tel volume, que l'œil ne pouvait plus être découvert; puis elle diminua au point de rendre à la paupière sa liberté d'action. Une tumeur, beaucoup plus grosse qu'un œuf de pigeon, et qui s'était formée au niveau de l'apophyse mastoïde, avait presque disparu au moment de la mort. La malade s'affaissa graduellement et mourut le 5 octobre.

En enlevant la peau, la tête offrit un aspect extraordinaire: elle était parsemée de tumeurs aplaties, d'un jaune verdâtre. En incisant les aponévroses temporales, on trouva les muscles remplacés par cette substance verte particulière. Les deux tumeurs des sinus des yeux sont de la même nature; elles recouvrent le bord sourcilier et la partie externe des portions orbitaires des frontaux, refoulent l'œil gauche en bas et en dehors, et le droit plus directement en bas.

Tout le contenu des orbites, à l'exception des yeux, de leurs muscles et des nerfs optiques, est converti en matière verte. Les divers os qui forment l'orbite sont attaqués par places; des aiguilles osseuses s'enfoncent des points malades dans les tumeurs. Toute trace de l'orbiculaire des paupières a disparu de chaque côté. Il y a une tumeur à la surface externe du maxillaire inférieur. On voit à la face interne de la dure-mère deux masses aplaties, une de chaque côté de la faux, qui compriment le cerveau.

Dans tous ces divers points, les masses morbides présentent les mêmes caractères; elles ne diffèrent que par leur mélange avec les parties voisines, qui sont fibreuses, osseuses ou musculaires. Le tissu fibreux est celui qui paraît avoir servi de matrice à ce produit. Les masses sont parfaitement homogènes et sans trace de vaisseaux sanguins. L'eau et l'alcool diminuent promptement l'intensité de la couleur verte. On ne découvre aucune trace de bile dans l'alcool où les pièces ont macéré. La substance de ces tumeurs ne contient aucune trace de soufre ce qui porte à penser qu'elles ne sont composées ni de fibrine, ni d'albumine.

Quelques parties de la table externe du crâne et de son périoste sont parfaitement saines; mais, dans tous les points occupés par les tumeurs, le périoste adhère fortement avec la masse morbide ou se confond avec elle. Dans tous ces points aussi, la surface du crâne est recouverte par une couche de substance osseuse, de nouvelle formation, offrant

une disposition alvéolaire ou consistant en aiguilles ou en minces lamelles, naissant de la table externe de l'os et laissant entre elles des dépressions irrégulières, qui paraissent aboutir à la surface naturelle de l'os. La substance morbide, ou le périoste altéré, envoie des prolongements irréguliers dans ces dépressions. La même disposition existe sur certains points plus limités de la table interne, en regard des parties où la table externe est altérée.

En examinant les préparations conservées au musée anatomique du Glascow-College, le périoste des fosses lacrymales semble avoir donné naissance aux tumeurs qui faisaient saillie hors de l'orbite, et les glandes lacrymales paraissent transformées en une substance semblable à celle des tumeurs. La matière fibro-plastique est infiltrée et a transformé, plutôt qu'elle n'a déplacé, toutes les parties avec lesquelles elle s'est trouvée en contact, à l'exception des nerfs et des muscles de l'orbite et des globes oculaires.

Observation IV.

Myxo-sarcome de l'orbite.

(Tumeurs péri-oculaires, par F. Horner, *in Annales d'oculistique* 1872, p. 232.

Il s'agit d'un enfant de quatre ans, chez lequel un exophthalmos de l'œil gauche s'était développé, et, sans exciter de douleur, avait acquis en fort peu de temps des proportions considérables. L'œil était presque immobile et dirigé en dehors.

La vision était fort diminuée, et au moyen de l'ophthalmoscope, on constatait une rétinite par stase veineuse. Nulle part on ne trouvait d'engorgement ganglionnaire, et l'état

général du jeune malade était satisfaisant. En raison surtout de la rapidité du développement de cette tumeur, l'auteur diagnostique un sarcome siégeant à la partie supérieure et interne de l'orbite. L'extirpation ne put être faite que quelques mois plus tard, et il fallut d'abord enlever le globe de l'œil.

Deux mois après sa sortie, le malade revint. Le néoplasme s'était reproduit et remplissait tout l'orbite; la santé de l'enfant s'altéra, et, quatre mois plus tard, il succombait, réduit au dernier degré du marasme Entre temps, la tumeur avait acquis le volume du poing.

A l'ouverture du crâne, l'auteur vit, à la face inférieure du lobe cérébral, une dépression profonde, à laquelle correspondait, sous la dure-mère, une tumeur du volume d'une noix, blanche, transparente, molle, occupant la fosse crânienne moyenne et pénétrant dans l'orbite par la fente sphénoïdale. En outre, il trouva deux petites tumeurs de la dure-mère, à droite et à gauche du sinus longitudinal, qui avaient perforé la lame interne des os pariétaux et pénétré dans le diploé. Quant à la tumeur de l'orbite, elle avait envahi la cavité nasale, les sinus maxillaire et sphénoïdal.

La tumeur primitive offrait un type parfait de myxo-sarcome, tandis que la tumeur secondaire présentait plutôt les caractères d'un fibro-sarcome.

Observation V.

Sarcome névroglique de l'orbite.

(*Bulletin de la Société anatomique* 1872, p. 36).

Une jeune fille de 12 ans, présentait à l'angle interne de l'œil une tumeur du volume d'une noisette. Deux fois déjà,

le Dr Peloch avait enlevé chez cette enfant, à la même région, une tumeur semblable. Il s'agissait donc d'une deuxième récidive. Elle fut extirpée pour la troisième fois par M. Marjolin. La tumeur avait une forme arrondie et mamelonnée, une coloration jaunâtre et une consistance sarcomateuse. Elle se laissait couper facilement, mais ne s'écrasait pas entre les doigts.

A l'examen histologique, on obtient de la tumeur par le râclage des cellules rondes et irrégulières, ayant de 10 à 15 μ, possédant des noyaux sphériques avec nucléole nettement dessiné. A côté de ces cellules, il existait des corpuscules amyloïdes semblables à ceux que l'on trouve dans les centres nerveux. Quelques-uns de ces corpuscules étaient situés dans l'intérieur des cellules, à côté des noyaux. Entre ces éléments, on observait un stroma réticulé formé par des fibrilles et des lames molles, très visibles sur des coupes après durcissement par l'alcool.

Depuis que cette tumeur a été présentée, la petite malade est restée dans le service de M. Marjolin; la tumeur a récidivé; une quatrième opération a été faite par M. Lannelongue. A la suite, il est survenu une cinquième récidive; l'enfant fut transportée alors à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Trélat. Une nouvelle extirpation fut pratiquée, et, bien que le chirurgien ait enlevé toutes les parties molles contenues dans l'orbite, le produit morbide reparaît encore.

Aujourd'hui, nous n'avons pas de nouvelles de la malade, qui est retournée dans son pays.

Examen de la pièce anatomique. — Le globe de l'œil est enveloppé de plusieurs lobes de la tumeur, mais il n'a pas été envahi par le tissu morbide. Les éléments du nerf optique ne participent pas non plus à la néoformation. On le trouve intact avec sa gaîne complète. Il est impossible de savoir

aujourd'hui si ce sarcome névroglique s'est développé primitivement aux dépens de quelque rameau nerveux.

Observation VI.

Sarcome fasciculé de l'orbite.

(Thèse de Barbot, Paris 1877).

Marthe J..., 19 mois, a été amenée à la clinique du Dr E. Meyer, le 14 juin 1876. Elle présentait à l'œil droit une tumeur intra-orbitaire, déja volumineuse, ayant provoqué le déplacement en avant et en dedans du globe oculaire, maintenu dans une immobilité complète.

Cette tumeur faisait saillie au bord externe et supérieur de l'orbite, s'avançait dans la commissure externe entre les paupières qu'elle écartait, en soulevant la conjonctive bulbaire jusqu'à 6 millimètres du bord de la cornée. Sa surface était lisse, sa consistance solide, sa couleur foncée due aux vaisseaux multiples et assez volumineux qui la recouvraient. Sa surface saillante mesurait un peu plus de 2 centimètres de hauteur et 1 centimètre de largeur; elle ne semblait pas adhérer au globe de l'œil. En pénétrant avec le petit doigt sous la paupière supérieure pour explorer l'orbite, on sentait la surface lisse de la tumeur s'élargir progressivement derrière le globe oculaire, et, aussi loin que le doigt pouvait s'avancer, il n'y avait pas d'adhérence avec le périoste orbitaire. Il n'était pas possible d'atteindre les limites de la tumeur.

Autant que l'on pouvait s'en assurer chez un enfant si jeune, l'œil ne paraissait pas privé de ses fonctions; la pupille réagissait, quoique faiblement, à la lumière. L'aspect extérieur de l'œil ne présentait rien d'anormal.

A l'examen ophthalmoscopique, on trouvait une névro-rétinite à gonflement de la papille optique et œdème de la rétine environnante, élargissement considérable et flexuosité des veines.

Les parents avaient cru remarquer, il y a 4 mois, que l'œil droit devenait plus gros que l'autre; puis l'enfant avait commencé à loucher, et, depuis quelques semaines, la mère avait vu apparaître la petite tumeur, qui grossissait continuellement.

La santé de l'enfant a toujours été excellente; elle mange et dort très bien; elle n'a rien perdu de sa gaieté naturelle.

Le 20 juin, la petite malade est ramenée par ses parents, qui désiraient l'opération, quoiqu'on leur ait expliqué qu'il faut sacrifier l'œil et qu'une récidive est à craindre.

L'enfant chloroformée, M. Meyer s'assure par un nouvel examen que la tumeur ne peut être circonscrite et qu'il ne faut pas songer à l'enlever sans faire l'énucléation du globe. En effet, l'œil étant à demi luxé, le petit doigt porté entre la paroi orbitaire et le globe peut suivre les prolongements de la tumeur jusqu'au nerf optique, qu'elle embrasse de tous côtés.

La conjonctive ouverte et les muscles droit externe et supérieur détachés de leurs insertions, on commence par séparer avec le manche d'un scalpel la tumeur du globe oculaire.

L'énucléation est ensuite pratiquée; mais derrière le globe, on se trouve en face d'une seconde portion de la tumeur, portion beaucoup plus considérable qui remplit les deux tiers de la cavité orbitaire. Elle est attirée en avant à l'aide de pinces et excisée complètement. Il s'en échappe une masse molle, pulpeuse, rappelant assez bien la matière cérébrale.

L'examen microscopique a été fait par M. Poncet (au laboratoire de M. Ranvier), qui a reconnu dans la tumeur un sarcome fasciculé type.

La cavité orbitaire étant complètement vidée, on applique

un pansement composé d'une éponge fine maintenue, comprimée par une bande de flanelle.

Les suites de l'opération se passent sans aucun trouble dans l'état général de l'enfant; le 7 juillet, la plaie est complètement fermée.

Un mois après, une nouvelle tumeur s'est montrée vers l'angle externe de l'orbite. En deux mois, et surtout depuis les dernières semaines, le développement est arrivé au point où nous avons pu l'observer à l'entrée de la malade à l'hôpital de Versailles, le 11 octobre.

L'enfant présente à la place de l'œil droit une tumeur mamelonnée, à peu près de la grosseur d'une orange, de consistance mollasse, de couleur rougeâtre, saignant au moindre contact, répandant une odeur fétide, faisant saillie entre les deux paupières amincies et énormément distendues; la bouche est déviée, la narine droite aplatie. L'enfant est pâle, profondément anémiée; mais il n'y a pas d'émaciation, pas d'engorgement ganglionnaire; elle ne semble pas souffrir et ne crie que lorsqu'on explore la tumeur, ou pendant le pansement.

Le 16 octobre, une seconde opération est pratiquée par M. le docteur Ozanne, qui se propose d'enlever la tumeur par la ligature élastique et de cautériser ensuite par la pâte de Canquoin. La petite malade est anesthésiée par le chloroforme. Une incision partant de la commissure externe des paupières est prolongée dans une étendue de 2 centimètres, ainsi que le conseillait Desault; cela permet de disséquer les adhérences existant entre la tumeur et les paupières, surtout vers le bord libre. Cette énucléation se fait assez facilement et sans une trop grande perte de sang. Une ligature faite à l'aide d'un fil de caoutchouc, porté aussi profondément que possible dans l'orbite, est très fortement serrée.

Sous l'influence de cette constriction, la tumeur se trans-

forme en une vaste eschare, qui se détache le 21 octobre. Un morceau de pâte de Canquoin est maintenu en place dans l'orbite pendant 12 heures; mais malgré plusieurs applications de ce caustique et même l'introduction de deux flèches caustiques, la marche envahissante de la tumeur s'accentue de plus en plus.

Cependant, la santé générale de l'enfant est encore bonne; le pansement seul paraît provoquer des douleurs.

Au mois de novembre, apparaît un gonflement dans le voisinage de l'orbite qui prend bientôt des proportions considérables.

15 janvier 1877. L'enfant offre le même aspect qu'à son entrée dans le service; la narine droite est aplatie par un un énorme champignon qui recouvre presque entièrement la joue; la bouche est fortement déviée; une saillie luisante, bosselée, non encore ulcérée, s'étend sous la peau depuis l'angle externe de l'orbite jusque dans la fosse temporale.

L'enfant, quoique très pâle, n'est pas émaciée; sommeil et appétit assez bien conservés.

A partir du mois de février, le dépérissement commence; amaigrissement rapide, œdème de la face et des extrémités. La poussée du côté de la tumeur semble alors s'arrêter; l'enfant meurt le 19 février.

Autopsie. — La tumeur, qui mesure dans sa plus grande longueur 10 centimètres environ et dans sa plus grande largeur 8 centimètres, s'étend du milieu du front jusqu'à l'angle de la mâchoire. Les parties molles de la joue sont en grande partie détruites, la narine droite complètement fermée.

Nous enlevons la tumeur et nous arrivons au fond de l'orbite; nous trouvons d'abord l'os malaire englobé dans la production morbide; rien qui rappelle le nerf optique; les

parois du sinus maxillaire, l'apophyse montante du maxillaire supérieur sont à peu près entièrement détruites; l'altération s'étend jusqu'à une partie du frontal et du temporal droit. La paroi interne de l'orbite paraît saine.

Le crâne est ouvert ; une grande quantité de sérosité s'écoule à l'incision des méninges ; œdème cérébral. Les sinus sont gorgés de sang.

A l'extrémité inférieure du lobe cérébral moyen, on voit une petite excavation, résultat de la pression exercée par un prolongement de la tumeur de la grosseur d'une noisette, et qui fait saillie dans la fosse cérébrale moyenne.

A ce niveau, le tissu osseux est résorbé, et la dure-mère seule est interposée entre la tumeur et la substance cérébrale.

Les deux poumons offrent un aspect très curieux. A leur surface, surtout vers les bords et à la base, se voient de petites saillies en nombre considérable, les unes presque pédiculées, les autres pénétrant dans le parenchyme pulmonaire, variant de la dimension d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce de 1 franc. Elles sont d'une consistance assez ferme, mais ne crient pas sous le scalpel. Malheureusement, l'examen microscopique manque. On trouve aussi deux autres saillies semblables, l'une sur la plèvre costale, l'autre sur la plèvre diaphragmatique.

Les autres organes n'offrent rien de particulier ; le rein gauche seul présente, dans la substance corticale, un petit noyau ressemblant beaucoup aux petites tumeurs de la plèvre et du poumon.

Observation VII.

Glio-sarcome de l'orbite.

(Wolfe, *Med. Times and Gazette* 1878, t. II, p. 680).

Il n'y a que très peu de cas relatés dans lesquels, après perte de la vision par la pression d'une tumeur de l'orbite, la vue a été rendue au malade en enlevant la tumeur, de sorte que le cas suivant peut présenter quelque intérêt.

Thomas A..., âgé de 8 ans, me fut recommandé par le médecin habituel de sa famille. Il est le plus jeune de quatorze enfants, dont deux sont mort-nés; deux autres sont morts également, l'un âgé de 5 semaines, les autres jouissent d'une bonne santé ; l'aîné a 27 ans. Autant que j'ai pu le savoir, il n'y avait aucun antécédent de cancer dans la famille.

Le malade avait joui d'une bonne santé, quelques mois encore avant que je ne l'eusse vu, quand il commença à se plaindre de faiblesse, de perte d'appétit. Trois mois avant, on pouvait remarquer une légère saillie au tour de l'angle externe de la paupière inférieure du côté gauche, saillie qui, à partir de cette époque, s'accrut peu à peu. Il est bien établi qu'il avait reçu un coup deux mois après environ, et que de ce moment la saillie prit un développement rapide.

Quand on me l'amena, il avait le teint jaune et cachectique. Une tumeur d'un volume considérable était située à la partie inférieure et externe de l'orbite gauche, distendant beaucoup la paupière inférieure et faisant proéminer le globe de l'œil en haut et en dedans, de façon à le refouler complètement sous la paupière supérieure. En soulevant la

paupière supérieure, il pouvait compter les doigts et les objets placés à sa droite.

L'examen ophthalmoscopique montra l'existence d'un étranglement de la pupille. Le nerf optique était gonflé et saillant, les vaisseaux tortueux très dilatés.

Dix jours après, je revis le malade. La tumeur avait beaucoup augmenté, se portant bien plus en dehors, s'accompagnant d'une tension excessive de la paupière; le globe de l'œil presque entièrement recouvert. La protusion de cet organe était très marquée. La paupière supérieure écartée, la tumeur déjetée de façon à découvrir la pupille, on trouva que la vision était complètement abolie.

Au toucher, la tumeur était élastique, plus dure sur le côté externe et plus molle vers le centre, et présentait une limite bien définie. La tumeur fut enlevée de la manière suivante : l'incision fut faite à partir de l'angle externe de l'œil, sur une ligne horizontale de trois quarts de pouce, divisant tous les tissus jusqu'à l'os. La paupière inférieure renversée, on prolongea l'incision en avant, tandis qu'avec des ciseaux, on séparait la conjonctive parallèlement au bord inférieur de l'orbite. En rabattant la conjonctive, toute la partie antérieure de la tumeur fut à découvert. On la trouva renfermée dans une coque mince, mais ferme, qui adhérait fortement au périoste du plancher de l'orbite, de façon à s'étendre sur la joue. Par une dissection minutieuse, la surface inférieure de la tumeur fut détachée du plancher de l'orbite, et sa surface supérieure des muscles droits, etc., et le tout fut ainsi enlevé. Les bords de l'incision furent alors unis par deux sutures, et on fit un pansement simple.

Au bout de quatre jours, la plaie se cicatrisa. En examinant à ce moment l'œil, je trouvai que la vue était revenue. Le malade pouvait lire le numéro $5\,^1/_2$ de l'échelle de Sneller.

Le globe de l'œil était un peu saillant ; ses mouvements restreints, surtout en bas et en dehors.

La tumeur fut soumise à l'examen microscopique par le Dr Coato (pathologiste de l'Université de Glascow), qui en fit le rapport suivant : La masse principale de la tumeur se compose de cellules rondes, intimément rattachées à un réseau ferme, tel qu'il existe dans les ganglions lymphatiques.

En outre, il y avait un stroma épais, presque fibreux, qui séparait le tissu de la tumeur, en lui donnant un aspect alvéolaire. Je considère la tumeur comme un sarcome, et probablement un glio-sarcome. On aurait pu croire à un cancer, mais je considère l'existence du réseau entre les cellules comme absolument contraire à cette manière de voir.

Ce rapport, en même temps que l'apparence générale de la tumeur, nous confirmait dans cet espoir qu'il n'y aurait pas de récidive ; mais le résultat nous démontra le contraire.

Trois mois après, je revis le malade. A cette époque, la protusion de l'œil s'était accrue considérablement, accompagnée de symptômes cérébraux évidents, qui prouvaient que la tumeur s'était développée en arrière de l'orbite et s'était étendue au cerveau. Peu après le malade mourut.

Observation VIII.

Sarcome fuso-cellulaire de l'orbite.

(Thomas Hay, 1878. *Annales d'oculistique*, p. 176).

L'enfant avait 4 ans 4 mois lors de l'apparition de la tumeur de l'orbite. Il était d'excellente constitution, et rien du côté des ascendants ne permettait de reconnaître une cause héréditaire. L'enfant fit une chute en 1872, à laquelle la mère fait remonter l'origine du mal.

La première opération eut lieu en août 1873, sept mois après l'apparition de la tumeur. La guérison parut complète et la santé de l'enfant se releva, quand, trois mois après, la tumeur jeta de nouvelles poussées qui amenèrent la propulsion du globle. Une nouvelle opération eut lieu en 1874, la tumeur avait le tiers du volume qu'elle présente à la troisième opération.

La douleur, peu sensible jusqu'à ce moment, prit peu à peu et de jour en jour, une acuité plus grande, pour devenir très vive trois mois après la deuxième opération, tout à fait infructueuse. Ces deux opérations furent pratiquées par James Kerr, de York, la troisième par Thomas Hay, en août 1874.

Trois mois après cette dernière opération, la paupière inférieure se gonfla, et, six mois plus tard, l'enfant mourut.

L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Richardson, de Philadelphie, a fait reconnaître qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Observation IX.

Sarcome kystique de l'orbite.

(Richet. *Recueil d'ophthalmologie* 1879, p. 142.)

Il s'agit d'un enfant dont les parents habitent Champigny. Jusqu'à l'âge de six mois, ceux-ci n'avaient rien remarqué d'extraordinaire dans les yeux de leur enfant, et c'est à cette époque seulement qu'ils commencèrent à s'apercevoir des premiers symptômes du mal. Déjà, la pupille de l'œil gauche était dirigée en haut; le globe de l'œil était, en effet, porté en haut, et la cornée allait se cacher sous le rebord orbitaire supérieur. Ces phénomènes, qui étaient à peine apparents au

début, avaient fini par s'accentuer de plus en plus et d'autres symptômes s'ajoutèrent à ceux-ci. Effectivement, ce changement de position de l'œil, tel que nous venons de le signaler, était simplement dû, dans les premiers temps, à un mouvement de rotation de l'œil autour de son axe transversal, comme s'il se fût agi d'une paralysie des muscles abaisseurs de l'œil (droit inférieur et grand oblique). Mais bientôt, outre cette direction oblique de la pupille en haut, l'œil sembla sortir de la cavité orbitaire et fit une légère saillie en avant, comme s'il eût été poussé à la partie postérieure. Quant à la paupière inférieure, elle se renversa en bas et sa surface conjonctivale demeura exposée à l'air libre, le bord palpébral inférieur étant, pour ainsi dire, couché sur l'os de la pommette. Enfin, depuis quelque temps, on voit une sorte de tumeur se présenter en bas, entre la paupière inférieure retournée et le globe repoussé en haut.

Les parents conduisirent alors cet enfant auprès de M. Galezowski, qui institua un traitement, mais sans obtenir de résultat satisfaisant ; c'est pourquoi il envoya le petit malade à l'Hôtel-Dieu. Quand il nous fut présenté dans la salle, les symptômes que nous venons de décrire étaient très prononcés chez lui, et la première question qu'on pouvait se faire était de savoir à quoi on pouvait attribuer ce mouvement de rotation en haut du globe oculaire. L'exophthalmie qui existait conjointement avec cette rotation ne pouvait laisser de doute; il s'agissait évidemment d'une tumeur située entre le globe et l'orbite et s'avançant plus ou moins loin au-dessous de l'œil. Lorsqu'on pressait avec le petit doigt cette sorte de tumeur, on sentait qu'elle était molle, élastique et fluctuante. Ce dernier caractère était tellement manifeste, que l'idée de faire une ponction exploratrice me vint immédiatement. Effectivement, je plongeai un trocart capillaire dans la tu-

meur, et il en sortit aussitôt un liquide transparent et ténu, comme celui des kystes hydatiques.

Dans le cas présent, il n'y avait pas lieu de songer à un ksyte hydatique; on pouvait plutôt songer qu'on était en présence d'un de ces kystes qui se développent dans la gaîne des muscles de l'œil et qu'une simple ponction est incapable de guérir. J'ai donc immédiatement prévenu les parents qu'une opération était nécessaire, et c'est pour cela que l'enfant a été ramené une deuxième fois.

Ce jour-là, la tumeur paraissait encore avoir augmenté de volume; elle était plus saillante et les phénomènes signalés précédemment plus apparents. Vous vous rappelez que ce jour-là, j'ai traversé la tumeur de part en part, au moyen d'un petit trocart et qu'ensuite j'ai passé un tube en caoutchouc à travers l'ouverture ainsi produite. Cette fois, il ne s'écoula que peu ou point de liquide, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, après ce qui avait eu lieu lors de la première exploration. C'est, il y a quinze jours, que je pratiquai cette dernière opération; l'enfant fut amené chez ses parents, ceux-ci devant le ramener les jours suivants.

Quand il revint à l'hôpital, la présence du drain n'ayant produit aucun résultat, je vis de suite que nous serions obligés de faire une opération plus radicale, et, cette fois, j'engageai la mère à entrer dans nos salles avec son enfant. Depuis cinq jours que l'enfant est avec nous, vous avez pu constater que le drain a divisé la tumeur en deux parties, l'une restée du côté du globe, l'autre adhérente à la paupière. Il y a un ectropion dû à la pression qu'exerce la tumeur à la face postérieure de la paupière inférieure. Cette portion de la tumeur ainsi située en bas, s'étend si profondément en arrière et jusqu'au rebord orbitaire où elle semble adhérer, que l'on croirait qu'elle vient de l'orbite. Mais les renseigne-

ments qui nous ont été donnés récemment sur le début de cette tumeur sont en contradiction avec cette hypothèse.

Voici ces renseignements: c'est dans l'épaisseur de la paupière que la tumeur a semblé prendre naissance. Au début, elle affectait la forme d'un croissant et semblait n'avoir aucun rapport avec le globe, ni avec l'orbite; aussi, avait-on été autorisé à croire qu'elle s'était développée dans la capsule de Ténon, que j'ai désignée du nom d'aponévrose orbito-oculaire; quoi qu'il en soit, on voit combien le diagnostic est incertain et difficile. Nous allons passer en revue les différentes opinions auxquelles nous pouvons nous rattacher.

La première idée qui devait se présenter naturellement à l'esprit, après la ponction exploratrice ayant donné issue au liquide transparent, c'est qu'on pouvait avoir affaire à un kyste. Effectivement, les kystes siégeant dans cette région ne sont pas rares. Que ce soit en haut ou en bas qu'ils prennent naissance, c'est ordinairement dans la gaîne des muscles de l'œil qu'ils se développent primitivement.

Avant d'avoir perforé la tumeur et de l'avoir traversée largement au moyen d'un tube de caoutchouc, on pouvait encore croire à un kyste multiloculaire, dont une poche seule aurait été intéressée; mais après, cette épreuve, il ne restait plus de doute, car je n'aurais pas manqué de traverser une autre poche lors du passage du drain. C'était donc évidemment à une tumeur solide qu'on allait avoir affaire et, parmi les tumeurs de ce genre, la seule opinion possible était celle d'un sarcome. Mais comment expliquer la sortie d'un liquide transparent lors de la première ponction? Ce fait ne peut être dû qu'à la pénétration du trocart dans une cavité kystique, à moins de supposer que l'instrument ne soit entré dans l'intérieur de l'œil; mais alors, ce serait le corps vitré qui serait sorti et le liquide en question ne ressemblait nullement au corps vitré. Il va sans dire que nous avions dirigé la pointe

du trocart de façon à ne courir aucun risque d'intéresser le globe, ce qui, d'ailleurs, aurait déterminé des accidents sur la nature desquels on n'aurait pu se méprendre. Il y avait donc un kyste véritable, mais il ne jouait ici qu'un rôle secondaire et le kyste vidé, restait le sarcome.

Si les renseignements qui m'ont été donnés sur le début de la maladie sont vrais, on pourrait encore faire une autre hypothèse. En effet, si la tumeur avait vraiment débuté par la paupière inférieure, c'est probablement dans les follicules de la peau qu'elle aurait pris naissance et on serait en présence d'un kyste sébacé, partant des glandes sudoripares et développé à la face postérieure de la paupière inférieure. Des kystes de ce genre peuvent en effet s'enfoncer dans l'orbite ; mais ce fait est ici peu probable, car la tumeur paraît trop adhérente à l'arcade orbitaire et semble aussi se prolonger très profondément au-dessous du globe oculaire.

Un dernier point me reste à élucider: c'est l'état de l'œil dont il faut tenir compte pour le mode opératoire. Toute la partie antérieure paraît saine, la cornée et le cristallin sont évidemment sains. En est-il de même des membranes profondes? Chez un enfant de cet âge et avec les difficultés de dégager la pupille au-dessus de la paupière supérieure, il ne fallait pas même songer à un examen ophthalmoscopique. Néanmoins, la contraction de l'iris, sous l'influence d'une lumière intense, démontre que la rétine est encore impressionnable, du moins en partie.

Dans ce fait, il y a l'indication de chercher à conserver l'œil, dans le cas où la tumeur n'irait pas trop profondément. Nous verrons ce que nous aurons à faire pendant l'opération.

Je n'ai que peu de chose à dire du procédé opératoire que j'emploierai. Il est évident qu'il ne faut songer ici qu'à l'ablation de la tumeur et au moyen seulement d'instruments

tranchants. La conservation de l'œil me fait absolument rejeter l'emploi du thermo-cautère ou des caustiques. C'est avec le bistouri seul que je disséquerai la tumeur, et que je pourrai conserver autant que possible les formes plastiques. Je fendrai donc la commissure externe de l'œil, en suivant exactement les plis de la peau, de façon à donner le moins d'apparence possible à la cicatrice; j'abaisserai alors la paupière inférieure, ce qui permettra de disséquer la moitié inférieure de la tumeur ; ensuite, j'attaquerai l'autre moitié adhérente au globe de l'œil, et ce sont les rapports que la tumeur pourra avoir avec l'œil lui-même, qui régleront la fin de l'opération.

Dès le début de l'opération, M. Richet s'étant aperçu que la tumeur pénétrait trop profondément dans l'orbite pour permettre la conservation du globe, fit l'énucléation complète de l'organe. La tumeur avait non seulement envahi la face inférieure de l'œil, mais le nerf optique lui-même était enveloppé dans une masse énorme, qui empêchait même de le reconnaître. Tout le pôle postérieur de l'œil était envahi, et la tumeur commençait à gagner en haut du nerf. Le globe de l'œil étant ouvert immédiatement après l'opération, le corps vitré fut trouvé transparent, mais la rétine dans sa moitié, située au-dessus de la papille, présentait une sorte de plaque grisâtre appliquée sur elle-même ; au milieu de cette plaque, un point rouge qui était dû à une hémorrhagie, ainsi que le microscope a permis de le constater. Trois ou quatre points d'atrophie choroïdienne existaient aussi à quelque distance de la papille. En bas, la rétine paraissait à peu près normale. Des coupes de cette membrane, faites au niveau de l'équateur, ont montré toutes les couches saines. Les cônes, cependant, paraissaient augmentés de volume et comme infiltrés. Quant à la tumeur elle-même, elle était formée de tissu sarcomateux.

Observation X.

Sarcome vasculaire de l'orbite.

(Abadie, 1870, *in* Thèse de Dufail, Paris 1882).

Une jeune fille de 10 ans est amenée par ses parents à l'hôpital Beaujon, dans le service de Dolbeau. Elle portait du côté droit une tumeur orbitaire énorme.

La paupière supérieure avait augmenté de volume ; elle présentait un aspect d'un rouge-vineux. Il y avait un développement considérable des veines sous-cutanées. La tumeur orbitaire avait englobé l'œil, qui paraissait fendu à travers cette masse, dont le volume était aussi considérable que le poing de l'enfant. En soulevant cette paupière supérieure, qui était notablement épaissie, on constatait que cette masse remplissait toute la cavité orbitaire, mais qu'elle n'adhérait pas à la paupière supérieure. La surface de la tumeur semblait recouverte par la conjonctive, dont la structure paraissait être altérée; il y avait une dilatation vasculaire à sa surface. En somme, l'aspect extérieur de la tumeur était celui d'une tumeur érectile. M. le docteur Abadie, alors interne de M. Dolbeau, en dépit des caractères extérieurs de cette tumeur qui, de prime abord, semblait érectile, songea à l'existence possible d'une tumeur vasculaire, et s'arrêta enfin à ce diagnostic. Nous oublions de dire que la jeune fille avait été traitée par d'autres chirurgiens, qui avaient penché vers la tumeur érectile. M. le professeur Dolbeau diagnostiqua une tumeur maligne de nature sarcomateuse, développée aux dépens du contenu de la cavité orbitaire, tissu graisseux ou périoste.

Tel était le développement de cette tumeur, qu'il était

impossible, à une période aussi avancée, de reconnaître le point de départ. En raison de l'âge du sujet, de la fréquence de ce genre de tumeur, il songea à la possibilité d'un gliome; comme l'enfant ne présentait pas de troubles cérébraux, et que rien ne pouvait faire prévoir la possibilité d'une propagation à l'intérieur du crâne, M. Dolbeau fit l'énucléation du contenu de l'orbite.

L'enfant ayant été chloroformée, les paupières soulevées au moyen d'un écarteur, une grande incision partant d'une extrémité à l'autre fut pratiquée à sa surface. Cette incision ne comprit que la conjonctive peu adhérente au tissu sous-jacent, qui se laissa facilement disséquer.

Cette dissection ayant été faite sur tout le pourtour de la tumeur, soit avec le bistouri, soit avec la spatule, on arriva ainsi à dégager toute la surface de la tumeur qui remplissait la cavité de l'orbite. Alors il devint difficile d'aller dans la cavité orbitaire elle-même, pour pédiculiser la tumeur. Pour se faire une idée de la place, on fut obligé d'enlever à coup de ciseaux la masse principale, de façon à pouvoir atteindre les parties les plus profondes. En faisant cette section, on rencontre des vaisseaux artériels et veineux énormes. Entre autres, on eut à lier deux vaisseaux artériels qui avaient presque le volume de la radiale.

Une fois la masse principale de la tumeur enlevée, les ligatures faites, les pinces hémostatiques en place, avec les pinces de Museux on saisit ce qui de la tumeur restait encore assez considérable pour remplir toute la cavité orbitaire. Avec la spatule, on dénuda en se rapprochant du périoste, toutefois sans le dénuder lui-même, et on arriva ainsi jusqu'au fond de l'orbite; puis on passa comme on put, tant bien que mal, un fil en ligature qui serra ainsi le pédicule jusqu'au fond de l'entonnoir orbitaire, et d'un coup de ciseaux on excisa ce qui se trouvait au-dessus de la ligature, de façon

à arrêter les hémorrhagies qui auraient pu survenir à l'excision des gros vaisseaux. On fit ensuite le nettoyage complet de la cavité orbitaire; on porta le plus grand soin à enlever les moindres parcelles du néoplasme. Quand on s'assura que la cavité ne contenait plus de noyaux de la tumeur, on procéda au pansement. On remplit l'orbite avec des tampons de charpie en queue de cerf-volant. On appliqua un linge cératé.

La guérison put s'effectuer sans accidents. Pas de troubles cérébraux. L'enfant quitta l'hôpital au bout de 15 jours.

Observation XI.

Myxo-sarcome de l'orbite.

(*in* Thèse de Dufail, Paris 1882).

La nommée P. Fri...., âgée de 13 ans, se présente à la clinique de M. de Wecker le 16 août 1881. Cette jeune fille est de bonne constitution, d'une taille moyenne, sans antécédents héréditaires d'aucune nature. Au mois de mai dernier, elle reçut un coup d'un individu qui tombait sur elle dans une attaque d'épilepsie. La contusion eut lieu sur le bord sourcilier du côté droit. A la suite de cette contusion, l'œil resta douloureux pendant 24 heures ; après, la douleur disparut. Pas de gonflement des paupières, ni aucun trouble visuel.

Les choses restèrent ainsi jusqu'au 9 août; ce jour-là, elle remarqua que la paupière commençait à se gonfler. Le lendemain, les troubles visuels apparaissent, en même temps que le gonflement s'accentue. Deux jours après, le gonflement est plus considérable et les douleurs se montrent de nouveau. La vision était parfaitement atteinte. C'est alors que la

mère se décida à conduire l'enfant à la clinique de la rue du Cherche-Midi, chez M. de Wecker.

En examinant la malade, on constate la chute de la paupière supérieure sans changement de couleur de la peau. En écartant les paupières, on voit que la pupille est portée fortement en bas et en dehors ; les mouvements, dans cette direction, sont les seuls possibles, mais dans une limite restreinte. La conjonctive est saine, sans ecchymose conjonctivale. Il y a du larmoiement. La cornée est transparente. La chambre antérieure a sa profondeur normale. La pupille est légèrement dilatée. Les milieux de l'œil ne présentent aucun trouble.

La paupière supérieure est soulevée par une tumeur siégeant au niveau de la partie supérieure et interne de l'orbite. Cette tumeur est bosselée, sans adhérences à la paupière, molle au toucher, mais d'une façon inégale. On dirait même qu'elle présente une fausse fluctuation ; pas de battements, ni de souffle.

La tumeur offre deux prolongements qui partent de l'angle supéro-interne sous-jacent au rebord orbitaire, l'un se dirigeant vers la glande lacrymale, l'autre vers l'angle inférieur et interne de l'orbite. Ces prolongements semblent être solidement appliqués contre les parois osseuses de l'orbite.

A l'examen ophthalmoscopique, la pupille, assez dilatée, se contracte sous l'influence de la lumière. La papille a l'aspect d'un champignon d'un gris-rosé, sale, avec une coloration rougeâtre au centre. Le bord papillaire est mal limité et voilé. La papillle fait une saillie d'un demi-millimètre à peu près. La partie voisine de la rétine, infiltrée et épaissie, a perdu sa transparence ; elle tend à se confondre avec le tissu papillaire par sa coloration. Le trouble rétinien s'étend à 2 ou 3 millimètres autour de la papille. Le reste de la rétine est parfaitement transparent ; il y a seulement de la papil-

lite. Les vaisseaux rétiniens, en arrivant à la papille, se perdent parfois pour reparaître par place, plus ou moins recouverts d'exsudats fibrineux. Pas d'hémorrhagie appréciable ; il n'y a que quelques stries rougeâtres.

L'examen fait à l'image droite montre quelques arborisations qui se dessinent très bien en quelques endroits. Lorsque les vaisseaux centraux quittent cette zone, ils sont suivis, dans une courte étendue, d'un voile qui disparaît aussitôt.

Examen fonctionnel. — Pas de perception détaillée des objets; la malade compte les doigts à 2 mètres de distance de l'œil droit. L'examen du fond de l'œil n'a pu être répété à cause des troubles de la cornée survenus quelques jours après.

Croyant à une tumeur vasculaire à développement rapide, on fait une injection d'ergotinine et on conseille des compresses d'eau glacée sur l'œil.

18 août. L'injection de 5 gouttes d'ergotinine Tanret provoque des vomissements. La malade passe une mauvaise nuit, tourmentée par la douleur. La tumeur a sensiblement augmenté de volume. C'est alors que M. Masselon abandonna les injections d'ergotinine et les remplaça par une séance d'électrolyse.

19 août. Ecchymose occupant la paupière supérieure. Pas de modification appréciable de la tumeur. Nouvelle séance d'électrolyse de 10 minutes. Les douleurs continuent.

Le 21, la tumeur ne diminuant pas et les douleurs devenant intolérables, on dit à la mère qu'une opération allait être nécessaire. Dans la crainte d'une hémorrhagie grave, et, par suite, des soins immédiats dont la malade avait besoin, on pria M. P. Berger, suppléant de M. le professeur Gosselin, de l'admettre dans son service à la Charité. Elle occupe le N° 1 de la salle Sainte-Catherine.

A son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes sui-

vants: les paupières sont distendues et présentent une coloration d'un rouge-violet. L'exophthalmos est très accusé et s'accompagne de chémosis. La tumeur siège évidemment sur la face postérieure de la cavité orbitaire ; elle est sans souffle et sans pulsation, mais son aspect est celui d'une tumeur vasculaire. M. Berger ne s'arrête pas à ce diagnostic, à cause de l'absence complète de pulsations et de réductibilité.

Le diagnostic de sarcome de l'orbite paraissait s'imposer. M. Berger résolut de procéder non seulement à l'extirpation du globe de l'œil, mais, d'une façon complète, à celle de toutes les parties molles de l'orbite.

L'opération fut pratiquée le 19 septembre. Le périoste orbitaire a été détaché de toutes les parois; des pinces hémostatiques ont été placées au sommet de l'orbite et y sont restées en place pendant deux jours, au cours desquels la malade a éprouvé des douleurs assez vives, calmées par des injections sous-cutanées de morphine. L'opération terminée, le pansement a été fait avec du lait boriqué recouvert d'un pansement de Lister, le tout étant maintenu en place par une bande de flanelle.

Deux jours après, on poussait des injections d'acide borique au centième dans la cavité orbitaire. L'écoulement du pus est allé en diminuant de jour en jour, et le 12 octobre, la malade a pu quitter l'hôpital dans un état de santé satisfaisant.

Les parois osseuses dénudées au moyen de la rugine, furent recouvertes de bourgeons charnus au bout de 12 jours. Cependant, à la paroi supérieure, on pouvait voir une petite surface de 3 ou 4 millimètres environ qui restait dénudée. La guérison s'effectua sans qu'il y eût la moindre afférence de nécrose.

Notons aussi que, dans le cours de l'opération, l'unguis s'était fracturé et qu'il s'établit de la sorte une communica-

tion entre l'orbite et les fosses nasales. Il était facile de constater qu'en suivant cette voie anormale, de l'air passait dans l'orbite. Dans ce cas, comme dans tous les autres que nous avons observés, l'orbite paraissait s'être considérablement rétréci et les paupières s'enfonçaient dans l'intérieur de la cavité.

Il y a quatre mois que l'opération a été pratiquée, et jusqu'à ce jour il ne s'est point montré de récidive.

Examen histologique d'un fragment de la tumeur; coupes traitées par le picro-carmin ou hématoxylaire, montées dans la glycérine ou le baume de Canada, par M. G. Assaky, interne des hôpitaux — A un faible grossissement (objectif de Nachet), aspect alvéolaire de la tumeur. Espaces clairs limités par de petites travées, dont l'ensemble constitue une trame. Par place, travées conjonctives contenant dans leur épaisseur la section de vaisseaux. A un plus fort grossissement, la trame est constituée par des cellules allongées, étoilées, présentant des prolongements d'une grande ténuité, s'anastomosant entre eux et formant des espaces clairs, de dimensions à peu près égales.

Outre ces cellules à prolongements anastomosés, se trouvent des cellules arrondies, séparées les unes des autres par un espace qui, en général, égale leur épaisseur. Cellules embryonnaires, rarement réunies par groupes et empiétant parfois sur les espaces clairs.

Observation XII.

Sarcome plexiforme de l'orbite.

(Czerny, *in* Dictionnaire Encyclopédique des séances médicales, article *Orbite*, p. 669)

Une petite fille de trois ans présente, sous la partie externe du corps du sourcil gauche, une tumeur molle, élastique,

saillante, de la grosseur d'une noix, recouverte par la peau mobile et œdémateuse. Exophthalmos de trois lignes, récent et rapide; pas d'adénite, extirpation. La tumeur fut aisément isolée avec un instrument mousse, sauf un prolongement postérieur contenant la glande lacrymale.

Opérée le 7 juin 1868, de rapides récidives exigèrent, le 26 septembre, le 25 novembre, le 2 et le 10 janvier 1869, une intervention nouvelle, et l'enfant finit par succomber avant que la plaie fût cicatrisée.

La première tumeur, à surface polie, était entourée d'une enveloppe celluleuse délicate. Elle est formée de faisceaux de l'épaisseur d'une aiguille à tricoter, plusieurs fois entrelacés et constitués eux-mêmes par des cellules jeunes, rondes ou allongées, reliées par une substance complètement hyaline. Des cellules fusiformes se rencontrent çà et là, tantôt parallèles aux capillaires ou à la périphérie des trabicules, tantôt dans la substance intercellulaire. Le centre de la tumeur, très mou, s'était écoulé à la coupe comme un liquide. La périphérie, formée de substance compacte, avait conservé son aspect. Dans le prolongement postérieur, on trouve la glande lacrymale légèrement gonflée par infiltration de cellules.

Les tumeurs enlevées par la seconde opération étaient d'une structure différente. La plus grosse est également formée par le même entrelacement des faisceaux, mais la substance interposée est moins molle et riche en cellules. La plus petite, comme la tumeur enlevée dans la troisième opération, ressemble bien plus aux parties compactes des premières. Par le lavage en fines coupes dans un réactif, elle montre un réseau délicat de cellules étoilées où sont couchées les cellules rondes : elle se rapproche donc du lymphome. La quatrième tumeur extirpée est un sarcome à cellules rondes,

avec de nombreux vaisseaux ; la structure flexiforme n'est plus évidente que par places.

Observation XIII.

Glio-sarcome de l'orbite.

(de Græfe, *in* Dictionnaire des sciences médicales, article *Orbite*, p. 673).

De Græfe, chez un enfant de 6 ans, enlève une tumeur de l'orbite gauche qui envoie un prolongement le long du nerf optique. Le patient succombe dix jours après l'opération à une encéphaloméningite suppurée. L'autopsie montre dans le cerveau plusieurs tumeurs volumineuses, de la classe des glio-sarcomes, qui évidemment ont dû se développer en même temps que la tumeur de l'orbite, dont elles sont complètement indépendantes.

Observation XIV.

Sarcome encéphaloïde de l'orbite

(Personnelle)

M.... François, 4 ans et demi, entre le 10 mars 1887 à l'hôpital des enfants, dans le service de M. de Saint-Germain, salle Saint-Côme, N° 25. Il est amené de province sur le conseil d'un médecin, qui après avoir employé sans succès tous les moyens médicaux contre une tumeur de l'orbite, a déclaré qu'une opération était devenue indispensable. Les personnes qui l'accompagnent, vieux parents qui n'ont pas vu l'enfant pendant sa maladie, ne peuvent nous donner aucun renseigne-

ment sur l'évolution de l'affection. La mère est morte jeune et le père se porte bien.

L'orbite droit est tout entier occupé par une tumeur du volume d'une mandarine, assez régulièrement arrondie, légèrement bosselée, rouge, saignante, laissant suinter une sérosité ichoreuse peu abondante, mais d'odeur fétide, qui a déterminé sur la joue, par son écoulement incessant, un érythème assez prononcé. Cette tumeur soulève la paupière supérieure qui est rouge, œdématiée, très notablement augmentée de volume et qui recouvre sa base.

La paupière inférieure, masquée par la tumeur, est légèrement repoussée en avant, sans ectropion. La tumeur présente en un point une légère dépression, véritable ombilic qui paraît être le stigmate de la cornée. Sa consistance est mollasse et uniforme dans tous les points; pas de fluctuation. La pression ne semble pas y déterminer beaucoup de douleur, quoique l'enfant crie quand on explore sa tumeur, mais il est plus juste d'attribuer ses cris à l'effroi qu'il a des médecins, dont il redoute l'approche, plutôt qu'à la douleur. La tumeur n'adhère pas aux paupières et s'enfonce profondément dans l'orbite; il est possible de lui imprimer quelques mouvements qui prouvent qu'elle est assez libre dans la cavité orbitaire. Pas d'adénopathie cervicale.

Le petit malade, pâle et amaigri, a l'aspect d'un souffreteux. Il est somnolent plutôt que prostré, et ne sort de sa somnolence, quand on s'approche pour l'examiner, que pour pleurer et crier. Il ne semble pas souffrir quand on ne le touche pas. Rien du côté des fosses nasales et du sinus maxillaire, ni paralysie, ni contracture. Pas de tumeurs sur d'autres parties du corps. Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. Rien dans les urines.

Nous appliquons sur la tumeur des compresses imbibées

d'eau boriquée et nous tonifions le malade pour lui permettre de supporter l'opération.

Pendant 8 jours, même état de somnolence ; l'enfant ouvre les yeux quand on s'approche, il demande sa soupe au moment des repas et répond quelques mots à l'infirmière qui essaye de le faire causer. La pâleur est moindre. Le volume de la tumeur n'a pas augmenté.

17 mars. M. de Saint-Germain se décide à pratiquer l'extirpation de la tumeur. Chloroforme, d'après sa méthode de sidération par une dose massive au début ; l'enfant est endormi en une demi-minute. Incision à l'angle externe de l'orbite, prolongeant la commissure des paupières d'un bon centimètre. Le doigt est introduit à frottement entre la paroi externe de l'orbite et la tumeur. Il permet d'introduire des ciseaux et de sectionner assez facilement le pédicule de la tumeur situé au fond de l'orbite. La tumeur enlevée, râclage du fond de l'orbite avec une curette. A peine quelques gouttes de sang se sont écoulées pendant l'opération ; pas d'hémorrhagie consécutive.

Pansement avec des petits tampons de gaze iodoformée, munis d'un fil. Toniques.

A la coupe, la tumeur, de couleur gris-rosé, donne un suc peu abondant. Elle contient, à l'union de son quart antérieur avec ses trois quarts postérieurs, le globe de l'œil complètement entouré par le tissu néoplasique, qui lui forme en avant une enveloppe épaisse d'un bon centimètre. Le globe de l'œil a son volume normal et une couleur gris-noirâtre. Son contenu ressemble à de la bouillie ; il est facile d'y reconnaître le cristallin qui a durci et la sclérotique qui lui forme une enveloppe blanche, épaisse de 2 millimètres et qu'on peut séparer du reste du tissu morbide, auquel elle adhère cependant assez intimément. En arrière, l'œil se continue avec un

pédicule grisâtre, fasciculé, qui n'est autre que le nerf optique intimément confondu avec le néoplasme.

Le lendemain de l'opération, l'enfant est plongé dans le coma.

Même état les jours suivants. Le troisième jour, la température qui s'est élevée depuis l'opération atteint 40°.

Amélioration à partir du quatrième jour. La somnolence disparaît, l'enfant a l'air calme, il ne souffre pas. Le sixième jour, la température est descendue à 37°5. La plaie est pansée tous les jours ; elle commence à suppurer abondamment.

L'état du malade continue à être satisfaisant pendant les cinq jours suivants, avec une fièvre modérée ne dépassant pas 38°, lorsque le douzième jour de l'opération, il s'affaisse subitement et meurt en quelques heures dans le coma, sans délire, sans paralysie ni contracture.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, les méninges sont intactes, sauf la pie-mère qui est légèrement congestionnée. Le cerveau a un volume normal. Quand il est enlevé, nous voyons une tumeur arrondie, du volume d'une grosse mandarine, siégeant sous la face inférieure du lobe frontal droit qu'elle repoussait et dans laquelle elle s'était creusée une dépression. En ce point, la substance cérébrale a la consistance d'une bouillie, sans piqueté rouge anormal. Rien dans le reste du cerveau

La tumeur bosselée occupe une partie des fosses cérébrales moyenne et antérieure droites, limitée en avant par l'apophyse crista-galli, et en arrière par l'apophyse basilire de l'occipital. Sa partie centrale correspond à la petite aile droite du sphénoïde et à la selle turcique ; à ce niveau, elle dépasse la ligne médiane et empiète sur la gouttière caverneuse du côté gauche. D'une couleur gris-rosé, elle n'est pas recouverte par la dure-mère.

La palpation fait reconnaître qu'elle est grossièrement lobulée, peu résistante et qu'elle adhère très intimément au périoste de la fosse cérébrale moyenee droite; elle est moins adhérente à la selle turcique et à la petite aile du sphénoïde, dont on la détache facilement.

La tumeur enlevée, on reconnaît qu'elle envoie un prolongement dans la fente sphénoïdale. Après avoir fait sauter la paroi supérieure de l'orbite à l'aide de la gouge et du maillet, nous voyons que le pédicule de la fente sphénoïdale se continue avec un moignon de couleur gris-noirâtre, résultant de l'extirpation de la tumeur orbitaire qui remplit le fond de l'orbite, adhère très peu à la paroi supérieure, nullement à la paroi interne, mais très intimément au périoste de la paroi inféro-externe. Les os ne sont perforés en aucun point. Le trou optique laisse passer le nerf optique, dont la portion orbitaire a été sectionnée avec la tumeur. Le contenu de l'orbite a complètement disparu; il avait été englobé dans l'épaisseur de la tumeur orbitaire.

Le néoplasme se composait donc de deux tumeurs, l'une orbitaire, l'autre crânienne, communiquant entre elles par un pédicule étroit à travers la fente sphénoïdale. Son point de départ a été très vraisemblablement la paroi inféro-externe du fond de l'orbite. Peut-être, la tumeur intra-crânienne s'était-elle développée en même temps, si l'on en juge par son adhérence intime au périoste de la fosse cérébrale moyenne droite.

A la coupe, aspect blanc-grisâtre, légèrement rosé par place, sans dégénérescence kystique. Par le râclage, on obtient un suc peu abondant.

Rein droit de volume normal, mais congestionné, surtout dans sa portion corticale.

Légère congestion à la base des deux poumons. Pas de

noyau suspect dans les poumons et les plèvres. Intégrité des autres viscères.

L'examen histologique des tumeurs orbitaire et crânienne, après durcissement dans l'alcool, a montré qu'elles appartenaient toutes les deux au genre sarcome et à la variété appelée encéphaloïde, caractérisée exclusivement par des cellules rondes à gros noyau, sans substance intermédiaire amorphe ou celluleuse.

CONCLUSIONS.

Si nous avons bien fait comprendre notre pensée, de l'étude qui précède, nous croyons devoir dégager les particularités suivantes :

1° Le sarcome primitif de l'orbite ne se rencontre pas chez l'enfant aussi fréquemment qu'on pourrait le supposer.

2° Il peut succéder à un traumatisme de la région orbitaire.

3° Il acquiert chez l'enfant une marche extrêmement rapide.

4° Il ne se propage jamais aux paupières et ne détermine pas d'adénopathie cervicale.

5° L'ablation du sarcome et des parties molles de l'orbite met très rarement à l'abri d'une récidive. Le détachement du périoste et la cautérisation avec la pâte de Canquoin, des parois osseuses dénudées, deviennent nécessaires pour peu que le sarcome contracte des adhérences avec le périoste.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juillet 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Quain. — Médical Times 1854, N° 204.

Mackenzie. — Traité pratique des maladies de l'œil, 4e édition, traduction Warlomont et Testelin, t. I et III, Paris 1856.

Demarquay. — Traité des tumeurs de l'orbite. Paris 1860.

F. Horner. — Annales d'oculistique 1872, p. 232.

Bulletin de la Société anatomique 1872, p. 36.

Barbot. — Etude sur le sarcome de l'orbite, thèse de doctorat, Paris 1877.

Wolfe. — Médical Times and gazette 1878, t. II, p. 680.

Th. Hay. — Annales d'oculistique 1878, p. 176.

Richet. — Recueil d'ophthalmologie 1879, 3e série, t. I, p. 142.

Le Dentu et Labat. — Art. Orbite du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XXIV, Paris 1877.

Chauvel. — Art. Orbite du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 2e série, t. XVI, p. 668 et suiv., Paris 1881.

Dufail. — Des sarcomes de l'orbite et de leur traitement par l'extirpation des parties molles, thèse de doctorat, Paris 1882.